


令和5年度第2回放射線取扱学生特殊健康診断について (学生区分I対象)

WEB問診+完全予約制で実施いたします。期間内に最初にWEB問診を回答後にnet予約を完了させてください。下記期間内までWEB問診の回答がない場合は本健康診断を受けられない場合がありますので、ご注意ください。

1. WEB問診及びnet予約期間 11月15日(水)～11月23日(木)

両サイトとも、学生用DCメールアドレスを使用してください

 <p>◆◆◆◆WEB問診◆◆◆◆ https://forms.gle/BeinLwgzvPgPH4nc8</p> <p>回答方法は次頁をご参照ください</p>
<p>◆◆◆◆net予約◆◆◆◆ https://web.star7.jp/mypage/mobile_info.php?p=086602b44f</p> <p>予約の各時間枠は、定員が限られています。 ご自身の都合の良い日時で、お早めにご予約ください。 ※配慮希望の方はnet予約せずにメールでご相談ください。 (11/20まで。hairyo-kenshin@grp.tohoku.ac.jp)</p> 

2. 健康診断について

- ・実施日 11月28日(火)～30日(木)
9:40～11:00(完全予約制)
- ・検査項目 皮膚の検査、目の検査、血液検査(赤血球数・白血球数・血色素測定・ヘマトクリット値)
- ・会場 保健管理センター(川内北キャンパス)
- ・持参物 ①学生証
②スマートフォンやタブレットなど(WEB問診完了やnet予約を確認します)
③前回要経過観察者は前回の健診結果(原本)

3. 結果について

12月中旬までに、担当部局へ返却いたします

4. その他

- ・時間厳守です。予約時間に遅れると受診できませんのでご注意ください。
- ・決められた期間内にWEB問診の回答完了を確認できなかった場合、健診システム上、健康診断を受けられない場合がありますのでご注意ください。

(本件連絡先)
保健管理センター 滝口
022-795-7831
kenshin_housya@grp.tohoku.ac.jp

放射線取扱学生特殊健康診断問診票(A)
/Medical Questionnaire for Specialized
Medical Examination for Students who
Handle Radioactive Materials(A)

注意1: この問診票の回答は必ずDCメール (例 XXX.XXX.XX@dc.tohoku.ac.jp) でログインして回答してください。教員・職員メール (例 XXX.XXX.XX@tohoku.ac.jp) でログインして回答しないでください。このフォームでは、すべての回答者からのメールアドレスが自動的に収集されます。Note 1: Please be sure to log in and answer this questionnaire via your DC email (e.g. XXX.XXX.XX@dc.tohoku.ac.jp). Do not log in to answer this questionnaire using your faculty/staff email (e.g. XXX.XXX.XX@tohoku.ac.jp). This form automatically collects email address from all respondents.

必ず本学**学生用のDCメール**でご回答ください。教職員メールをお持ちの方は、ご注意ください。

Please be sure to respond **via student DC email**. Do not use faculty/staff email addresses.

1. 学籍番号記載ください(半角英数)/Please enter your student ID* (half-width alphanumeric)

回答を入力

半角英数で、11月健診時点での学籍番号を記入ください。
Please enter your student ID number as of the time of the November medical checkup.

2. 連絡先携帯電話番号 (半角英数) / Contact Mobile Phone Number (half-width alphanumeric)

↑再検査が必要な場合の連絡先になります。携帯電話がない場合は、ラボの内線電話番号を記入ください。This is the means of communication in case a re-inspection is necessary. If you do not have a cellular phone, please provide the lab's extension number.

回答を入力

3. 過去に被曝歴はありますか (以前の大学・研究室で放射線を取り扱うような作業をされたことがございますか) /Do you have a history of radiation exposure to date (Have you ever worked with radiation in a previous university or laboratory?)?

- はい/YES
 いいえ/NO

過去に放射線被ばくを受ける環境にいた場合は「はい」を選んでください。被曝の記憶がない場合は「いいえ」を選んでください。

Select "Yes" if you were exposed to radiation in the past in an environment. If you have no memory of being exposed to radiation, please select "No".

3-1. その被曝のあった作業場所を記入してください/ Please indicate the work location where the exposure history occurred.

*不明の場合記載不要/Not required if unknown

記載例: OO大学/OO研究所/ RI 実験室, OOUniversity/OO Laboratory/RI Laboratory

回答を入力

3-2. その被曝のあった作業の内容を選んでください/Please select the work that has been done in that exposure history.
(複数選択可/Multiple selections possible)

- X線発生装置/X-ray generator
 非密封RI/Unsealed radioisotope
 密封RI/Sealed radioisotope
 加速器/Accelerator
 SOR
 その他/Others

作業内容を忘れた場合は「その他/Others」を選択してください。
If you have forgotten the work, please select "その他/Others".

3-3. その被ばく歴のあった作業期間を記載ください (半角英数) /Please describe the period of work during which you had that exposure history. (half-width alphanumeric)

記載例: dd/mm/yyyy~dd/mm/yyyy

回答を入力

期間があやふやな場合は、2020~2021のようにだいたいの西暦年だけでも記入してください。

If the time period is ambiguous, please enter just the approximate year, e.g., 2020-2021.

4-0. あなたは新規に「放射線取扱者」登録申請をしますか? /Are you applying for a new "Radiation Handler" registration?

- はい/YES
 いいえ/NO

前回の放射線取扱学生特殊健康診断で「要経過観察者」と判定された者は**“いいえ”**になります。

For those who have been judged as "person requiring observation" in the last specialized medical examination, the answer to this question is **"No"**.