

[]방사선작업종사자 []수시출입자
[]방사선 관계 종사자

건강진단표

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

진단대상자	성명	생년월일	직종(면허종별)	
	소속 기관 및 부서명		근무시작일	
검사일자				
문진사항	질병력			
	가족력			
	직업력 및 노출력(※ 작업 장소·내용·기간·피폭선량 등을 적습니다)			
	방사선 피폭증상의 유무: []없음 []있음(※ 증상이 있는 경우 상세 내용을 하단에 적습니다)			
	그 밖의 특이사항			
임상진찰	[※ 눈, 피부, 신경계 및 조혈계(혈구형성계통) 등의 증상을 적습니다]			
혈액검사	혈색소 양(Hb)	g/dl	적혈구 수(RBC)	$10^6/\mu\text{l}$
	백혈구 수(WBC)	$10^3/\mu\text{l}$	혈소판 수(PLT)	$10^3/\mu\text{l}$
추가검사	말초혈액도말검사, 세극등현미경검사, 그 밖에 의사가 필요하다고 인정하는 검사			
종합소견				

[] 「원자력안전법」 제91조제1항제2호 및 같은 법 시행규칙 제121조제1항

[] 「의료법」 제37조제2항 및 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제13조제1항

[] 수의사법」 제17조의3제3항 및 「동물 진단용 방사선발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제13조제1항
에 따라 위와 같이 관련 종사자에 대하여 건강진단을 실시하였습니다.

년 월 일

담당 의사 성명:

면허번호:

연락처:

의료기관명

직인