

방사선 관계 · 작업 종사자 건강진단 문진표

종사자	성명	구분	방사선작업종사자
	생년월일		수시출입자
	면허종별		

문진사항	
방사선 피폭 증상의 유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무
방사선 피폭 증상이 있는 자는 그의 작업 장소·작업내용·작업기간·피폭선량 및 방사선 장해 유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무
그 밖에 방사선에 의한 피폭 증상	

■ 과거 질병력 :

■ 가족력 :

■ 최근 특이사항 :

■ 방사선 작업과 관련된 기타 특이사항 (※해당 경우에 작성) :

일반혈액 검사결과	적혈구(RBC) (정상치: M/ μ l)	M/ μ l
	백혈구(WBC) (정상치: 10^3 / μ l)	K/ μ l
	혈소판(PLT) (정상치: 10^3 / μ l)	10^3 / μ l
	혈색소(Hb) (정상치: g/dl)	g/dl
일반혈액검사 판정소견		
채혈일		202 년 월 일

의료기관명 : 영남대학교병원

연락처(전화) : 053)620-4629

담당의사 의사면허 번호 :

성명/서명 : (서명)