



自覚症状がある場合は、以下に発症時期、頻度等を記入してください。

自覚症状の有無	発症の時期、頻度、通院中等
疲れやすい	
立ちくらみ又はめまいがする	
熱が出やすくなった	
急に体重が減った	
胸焼けがする	
胃が痛む	
下痢をする	
便秘をする	
便に血が混じることがある	
血が止まりにくくなった	
皮下出血がある	
目がかすんだり、ものが見えにくくなった	
医師に白内障（又は白内障混濁）と言われた	
咳や痰がでる	
痰に血が混じることがある	
皮膚が治りにくい傷や赤い斑点が出たりする	部位
皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ・ジクジクする	部位
皮膚の色が変わっているところがある	部位
爪がもろい、厚くなった、縦に割れる（凹凸を認める）	
手足がしびれたり痛んだりする	
手足の先が冷たい	
手指が震えたり感覚がなくなる	
手指が腫れる	
手足の関節が痛む	
アレルギー体質である（喘息・鼻炎・花粉症・アトピー等）	
喫煙習慣がある	本/日

-----  
以下の欄は医師、管理者が記入

調査の評価

2021年 月 日判定

放射線障害の有無	(なし・あり) ありの場合は次欄に記入
放射線障害の具体的症状	
医師確認	金沢大学保健管理センター 阿保 未来 印
備考	

検査又は検診についての医師の指示（以下にチェック）

眼の検診	<input type="checkbox"/> 必要でないと認める ・ <input type="checkbox"/> 必要と認める
------	----------------------------------------------------------------------