

電離放射線健康診断システム 入カマニュアル

1. ログインはこちらから。

長崎大学 保健センター HP
http://www.hc.nagasaki-u.ac.jp/

お知らせ information

- 2019年03月01日(金) **健康診断**
学生定期健康診断の実施について
- 2019年02月06日(水) **ヘルシーキャンパス**
【開催報告】栄養セミナー「ヘルシーおたメシ！」を開催しました
- 2019年02月05日(火) **お知らせ**
AEDの追加設置について (文教キャンパス)
- 2019年02月01日(金) **お知らせ**
健康だよりVol.72を発行しました
- 2019年01月21日(月) **お知らせ**
インフルエンザ流行に関する注意喚起について

ヘルシーキャンパスプロジェクト

- 健康診断予約システム
- ストレスチェックシステム
- 電離放射線健康診断システム**
- TCI/パーソナリティ検査
- AED設置場所
- 個人情報について

こちらのバナーをクリックします。

⚠ ※ 大学病院の【電子カルテPC】からは、ご利用いただけません。

ログイン

長大IDとパスワードを入力し、ログインして下さい。

長大ID

Password

Login

※ 統合認証システムのIDとPWです。

ID : aa000000000 (職員番号)
bb000000000 (学生番号)

PW: ご自身で設定したものを。

2. 入力者種別・部局を選択する。

入力者種別： <input type="text" value="学生"/> 部局名： <input type="text" value="-"/>			
職員 (学生) 番号 11223344	氏名 (フリガナ) セイ： <input type="text" value="テスト"/> メイ： <input type="text" value="シロウ"/> 姓： <input type="text" value="テスト"/> 名： <input type="text" value="次郎"/>	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	所属 (科、教室、研究室) <input type="text" value="キーワードを入力"/> <input type="button" value="所属検索"/>

プルダウンより選択ください。

※ 選択を間違えると、データが届かず処理が正しく行われません。

3. 所属部局(科・教室・研究室)を選択する。

職員 <input type="text" value="職員"/> 部局名： <input type="text" value="-"/>		
氏名 (フリガナ) セイ： <input type="text" value="テスト"/> メイ： <input type="text" value="シロウ"/> 姓： <input type="text" value="テスト"/> 名： <input type="text" value="次郎"/>	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	所属 (科、教室、研究室) <input type="text" value="内科"/> <input type="button" value="所属検索"/>

ボックスにキーワード (例；内科) を入力し、所属検索ボタンを押します。

所属選択ダイアログ

所属名：

所属名 ▼
<input checked="" type="radio"/> 原研内科
<input type="radio"/> 循環器内科
<input type="radio"/> 消化器内科

候補から該当所属を選択し、OKを押します。

4. 他の赤枠内に回答します。

※ 問診1と3については、前回入力した内容が表示されます。変更箇所を修正してください。

電離放射線健康診断 問診票【2017年度 後期】

① 下記フォームに沿って入力ください。
各部署が設定している期間外に入力する際は、必ず事前に部署事務担当者に連絡してください（入力はできても、連絡がないと反映されません）。

入力者種別： **職員** 部署名： **-** 記入日：2018年03月29日

職員（学生） 番号 11223344	氏名（フリガナ）	◎ 男 ◎ 女	所属（科、教室、研究室）	職名	生年月日
	セイ：テスト メイ：ジロウ		キーワードを入力 所属検索	-	西暦1950年 2月 2日
	姓：テスト 名：次郎				

問診1～3に答えて下さい。

問診1 「期間A」と「期間B」それぞれの放射線業務状況について答えて下さい。

期 間	期間A	期間B
	2017年4月から2017年9月まで(半年間)	2017年10月から2018年9月まで(1年間)
(1) 放射線業務の有無	◎ 無 ◎ 有 ↓有を選んだ方は(2)(3)(4)を記入して下さい。	◎ 無 ◎ 有 ↓有を選んだ方は(2)(3)(4)を記入して下さい。
(2) 業務期間	2017年 4月 1日 ~ 2017年 9月 30日	2017年 10月 1日 ~ 2018年 9月 30日
(3) 業務内容及び使用核種	<input type="checkbox"/> 教育研究業務 <input type="checkbox"/> トレーサー（核種： ）	<input type="checkbox"/> 教育研究業務 <input type="checkbox"/> トレーサー（核種： ）
(4) 使用頻度	<input type="checkbox"/> 臨床（病院）業務 <input type="checkbox"/> 放射線診断 <input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> 臨床（病院）業務 <input type="checkbox"/> 放射線診断 <input type="checkbox"/> 放射線治療
	1日平均作業時間（ 時間/日 ） 1週平均作業日数（ 日/週 ）	1日平均作業時間（ 時間/日 ） 1週平均作業日数（ 日/週 ）

(4) 使用頻度が年数回の場合は、以下例のように記載ください。
 1日平均作業時間（ 1回2 時間/日 ）
 1週平均作業時間（ 年4回 日/週 ）

問診2 現在の自覚症状について、当てはまる口にチェックを入れて下さい。

少しでも当てはまればチェックして下さい。

該当がない場合は、特に口にチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 立ちくらみ又はめまいがする <input type="checkbox"/> 熱が出やすくなった <input type="checkbox"/> 急に体重が減ってきた <input type="checkbox"/> 胸焼けがする <input type="checkbox"/> 胃が痛む <input type="checkbox"/> 下痢をする <input type="checkbox"/> 便秘をする <input type="checkbox"/> 便に血が混じることがある <input type="checkbox"/> 血が止まりにくくなった <input type="checkbox"/> 皮下出血がある <input type="checkbox"/> 眼がかすんだり、物が見えにくかったりする <input type="checkbox"/> 医師に白内障又は水晶体の混濁があるとされたことがある	<input type="checkbox"/> 咳や痰が出る <input type="checkbox"/> 痰に血が混じることがある <input type="checkbox"/> 皮膚に治りにくい傷や赤い斑点ができる (部位：) <input type="checkbox"/> 皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ、シクシクする (部位：) <input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わっているところがある (部位：) <input type="checkbox"/> 手足の先がしびれたり痛んだりする <input type="checkbox"/> 手足の先が冷えやすい <input type="checkbox"/> 手指がふるえたり感覚がなくなったりする <input type="checkbox"/> 手指が腫れる <input type="checkbox"/> 手足の関節が痛む <input type="checkbox"/> その他 ()
---	---

問診3 過去の事故等による被ばくについて

「事故等による被ばく」の場合のみ、有に○のうえ、(2)～(7)に記載ください。

(1) 事故等による被ばくの有無 ◎ 無 ◎ 有 ↓有を選んだ方は(2)～(7)を記入して下さい。	(5) 被ばくした線量 mSv
(2) 被ばくした作業場所	(6) 被ばくしたことによる障害の有無 ◎ 無 ◎ 有 ()
(3) 被ばくの内容	(7) 被ばくの状態
(4) 被ばくの日時、期間	

確認

5. 入力が完了したら、確認ボタンを押します。

問診3 過去の事故等による被ばくについて

「事故等による被ばく」の場合のみ、有に○のうえ、(2)~(7)に記載ください。

(1) 事故等による被ばくの有無 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ↓ 有を選んだ方は(2)~(7)を記入して下さい。	(5) 被ばくした線量 <input type="text"/> mSv
(2) 被ばくした作業場所 <input type="text"/>	(6) 被ばくしたことによる障害の有無 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (<input type="text"/>)
(3) 被ばくの内容 <input type="text"/>	(7) 被ばくの状態 <input type="text"/>
(4) 被ばくの日時、期間 <input type="text"/>	

確認

6. 内容に誤りがないかを確認したら、登録をクリックし完了です。

電離放射線健康診断 問診票【2017年度 - 後期】

① 下記フォームに沿って入力ください。各部署が設定している期間外に入力する際は、必ず事前に部署事務担当者ご連絡してください(入力はできて、連携がないと反映されません)。

入力者種別: 職員 部署名: 環境 記入日: 2018年03月29日

職員(学号) 38045949	氏名(フリガナ) セイ: サスト メイ: ワキコ	性別 女	所属(科、教室、研究室) 種科	職名 放射線技師	生年月日 西暦 1990年 1月 8日
--------------------	-----------------------------	---------	--------------------	-------------	------------------------

問診1~3に答えて下さい。

問診1 「期間A」と「期間B」それぞれの放射線被ばく状況について答えて下さい。

期 間	期間A	期間B
	2017年4月から2017年9月まで(半年間)	2017年10月から2018年9月まで(1年間)
(1) 放射線被ばくの有無 ↓有を選んだ方は(2)(3)(4)を記入して下さい。	無	有 ↓有を選んだ方は(2)(3)(4)を記入して下さい。
(2) 業務被ばく		2017年 10月 1日 ~ 2018年 9月 30日
(3) 業務内容及び使用設備		線径(標準)測定 放射線診断
(4) 使用線量		1日平均作業時間(: 時間/日) 1週平均作業日数(: 日/週)

問診2 現在の自覚症状について、当てはまる口にチェックを入れて下さい。
 少しでも当てはまればチェックして下さい。
 該当がない場合は、特になしにチェックを入れて下さい。

問診3 過去の事故等による被ばくについて
 「事故等による被ばく」の場合のみ、有に○のうえ、(2)~(7)に記載ください。

(1) 事故等による被ばくの有無 <input checked="" type="radio"/> 無 ↓ 有を選んだ方は(2)~(7)を記入して下さい。	(5) 被ばくした線量 <input type="text"/>
(2) 被ばくした作業場所 <input type="text"/>	(6) 被ばくしたことによる障害の有無 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (<input type="text"/>)
(3) 被ばくの内容 <input type="text"/>	(7) 被ばくの状態 <input type="text"/>
(4) 被ばくの日時、期間 <input type="text"/>	

入力ページ: 1/3

登録

⚠ 問診票を登録しました。

入力画面に戻る

7. 登録後の修正は、上書きすることにより反映されます。

入力に関するお問い合わせは、各部局の事務担当までお尋ねください。