**江门市职业病防治所** 体检编码

**放射工作人员职业健康检查信息表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 体检类别 | 上岗前□ 在岗期间□ 离岗时□ 应急照射□ 事故照射后□（说明：请在相应类别的“□”内打“√”） |
| 职业病危害因素 | x射线□ γ射线□ 其它 其它职业病危害因素  |
| 科室/部门  | 工种  |
| 照射源 | 1核燃料循环 | 铀矿开采□ 铀矿水冶□ 铀浓缩与转化□ 燃料制造□反应堆运行□ 燃料后处理□ 核燃料循环研究□ 其它□ |
| 2医学应用 | 诊断放射学□ 牙科放射学□ 核医学□ 放射治疗□介入放射学□ 其它□ |
| 3工业应用 | 工业辐照□ 工业探伤□ 发光涂料工业□ 放射性同位素生产□ 测井□ 加速器运行□ 其它□ |
| 4天然源 | 民用航空□ 煤矿开采□ 其它矿藏开采□ 石油和天然气工业□ 矿物和矿石处理□ 其它□ |
| 5其它 | 教育□ 兽医学□ 科学研究□ 其它□ |
| 放射工作职业史：（请按用人单位、放射危害因素名称、接触起始时间列出） |
| 非放射工作职业史: （请按用人单位、职业病危害因素名称、接触起始时间列出） |
| 目前不适症状：无□; 有□  |
| 既往病史: 无□; 有□  |
| 吸烟史: 无□; 有□。饮酒史：无□; 有□。 | 生育史：（如有异常请填写）  |
| 月经史：正常□; 异常□ 、 是否怀孕：否□; 是□。 （女性填写） |
| 声明：本人所填写情况属实，且了解本次体检项目，同意进行体检，如有虚假，由此产生的后果本人愿意承担全部责任。同意医疗机构将检查结果告知本人工作单位，并由单位将体检结果转交给本人。受检人签名:  年 月 日 | 用人单位盖章：年 月 日 |