

被ばく歴、健康診断受診日、教育訓練日を証明する書類の例

To whom it may concern

This letter is to certify that Mr. 氏名 is registered as a radiological worker at the 所属機関名. The following are the latest records for the exposure doses, physical examination and radiological worker training:

Lifetime dose: ○○ mSv

Annual dose 2014: ○○ mSv

Last physical examination: 日付

Last radiological worker training: 日付

Kind regards

Radiation protection supervisor

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

※所属機関で放射線業務従事者である証明

生涯被ばく線量

年間被ばく線量

最新の健康診断受診日

最新の教育訓練日

放射線取扱主任者等の職名

主任者等のサイン、日付

血液検査の結果、医師の診断に関する書類の例

Test Results

Organization Information

医療機関名

医療機関名

Patient Information:

Patient Name: 氏名

氏名

Date of Birth: 生年月日

生年月日

Gender: 性別

性別

Order Information:

Collected: 日付

受診日

Reported: 日付

TEST NAME

RESULT

— CBC with Differential —

— 血球計数 —

WBC

〇〇 K/uL

白血球数

RBC

〇〇 Millions/uL

赤血球数

Hemoglobin

〇〇 g/dL

血色素量 (ヘモグロビン)

Hematocrit

〇〇 %

ヘマトクリット

Neutrophil %

〇〇 %

好中球

Lymphocyte %

〇〇 %

リンパ球

Monocyte %

〇〇 %

単球

Eosinophil %

〇〇 %

好酸球

Basophil %

〇〇 %

好塩基球

白血球百分率

Comments from the Doctor's Office

医師の診断

This patient has not been found to have any problems related to radiation exposure.

※放射線被ばくによる所見なし

Signed: \_\_\_\_\_

医師のサイン