

附件一（劑量評定機構使用）

輻射工作人員劑量異常案件報告

填報日期：____年____月____日____時____分

異常事件種類：

- ☐ 超過游離輻射防護安全標準規定之連續五年週期劑量限度（2 小時內通報）
☐ 超過游離輻射防護安全標準規定之單一年劑量限度（2 小時內通報）
☐ 個人劑量之總和一年內超過 20 毫西弗（24 小時內通報）
☐ 其他異常之人員劑量案件（24 小時內通報）

受曝當事人基本資料

一、姓名：_____ 身分證統一編號：_____

二、生日：____年____月____日

三、服務單位：_____ 聯絡電話：_____

評定機構填報資料

一、本次劑量計使用期間：自____年____月____日至____年____月____日

二、評定劑量：

- 1、本次個人等效劑量：
 $H_p(10)$: _____ 毫西弗
 $H_p(0.07)$: _____ 毫西弗
 $H_p(3)$: _____ 毫西弗
2、年累積個人等效劑量：
 $H_p(10)$: _____ 毫西弗
 $H_p(0.07)$: _____ 毫西弗
 $H_p(3)$: _____ 毫西弗
3、連續五年週期*（ ~ 年）累積個人有效劑量 : _____ 毫西弗

三、使用本機構劑量計之曝露歷史紀錄：（附件共____頁）（至少須有本年度）

四、其他說明：

劑量評定機構名稱：_____

填報人：_____ 審核：_____ 主管：_____

* 連續五年週期請自行填寫，第 1 個連續五年週期為 92 年～96 年，第 2 個連續五年週期為 97 年～101 年，以此類推。

** 各欄空格不足請自行加頁補充。原能會輻射防護處傳真電話(02)82317829。