

附件二（雇主或設施經營者通報使用）

輻射工作人員劑量異常案件通報表

填報日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

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：\_\_\_\_\_

輻射工作場所填報資料

一、本次超限劑量發現來源：☐劑量評定機構通報 ☐自行發現 ☐其他\_\_\_\_\_

劑量來源：☐體外 ☐體內 ☐體外、體內相加

本期（次）劑量： 有效劑量 \_\_\_\_\_ 毫西弗

個人等效劑量  $H_p(0.07)$  \_\_\_\_\_ 毫西弗

個人等效劑量  $H_p(3)$  \_\_\_\_\_ 毫西弗

今年累積劑量： 有效劑量 \_\_\_\_\_ 毫西弗

個人等效劑量  $H_p(0.07)$  \_\_\_\_\_ 毫西弗

個人等效劑量  $H_p(3)$  \_\_\_\_\_ 毫西弗

連續五年週期（ \_\_\_\_ 年 ~ \_\_\_\_ 年）\* 累積有效劑量 \_\_\_\_\_ 毫西弗

二、異常事件概述：

1、發生時間：自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

2、發生地點：\_\_\_\_\_

3、主要工作：\_\_\_\_\_

4、使用設備：\_\_\_\_\_

5、共同工作人員：\_\_\_\_\_

三、立即採取之防護及管制措施：

四、其他說明：

輻射工作場所名稱：\_\_\_\_\_

輻射防護人員：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

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。