

核能安全委員會令

中華民國112年12月15日

核輻字第11200186922號

修正「輻射工作人員劑量異常案件處理作業導則」第五點附件一、第六點附件二、第七點附件三，並自即日生效。

附修正「輻射工作人員劑量異常案件處理作業導則」第五點附件一、第六點附件二、第七點附件三

主任委員 陳東陽 休假

副主任委員 張 欣 代行

輻射工作人員劑量異常案件處理作業導則第五點附件一、第六點附件二、第七點附件三修正規定

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

評定機構：

填報日期：____年____月____日____時____分

一、異常案件種類：

- ☐ 超過游離輻射防護安全標準規定之職業曝露劑量限度(2小時內通報)
- ☐ 任何單一年內，超過游離輻射防護安全標準規定之職業曝露劑量限度十分之四（24小時內通報）
- ☐ 劑量計遺失、損毀或污染，導致無劑量紀錄(24小時內通報)
- ☐ 其他造成無劑量紀錄或人員劑量異常情形(24小時內通報)

二、受曝當事人基本資料

姓名：_____身分證字號/居留證：_____

生日：_____年____月____日

服務單位：_____聯絡電話：_____

三、劑量資料

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

2、評定劑量：

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

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

連續五年週期(~ 年) * 累積個人有效劑量：_____毫西弗

3、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)

4、其他說明：_____

填報人：_____審核：_____劑量評定機構負責人：_____

註1：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。

註2：各欄空格不足請自行加頁補充。核安會輻射防護組傳真(02)82317829及郵件abnormaldose@nusc.gov.tw。

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

一、受曝當事人基本資料

姓名：____ 身分證字號/居留證：____

生日：____年____月____日

服務單位：____ 聯絡電話：____

二、案件填報資料

1、異常案件種類

- ☐ 超過游離輻射防護安全標準規定之職業曝露劑量限度(2小時內通報)
- ☐ 任何單一年內，超過游離輻射防護安全標準規定之職業曝露劑量限度十分之四（3日內通報）
- ☐ 劑量計遺失、損毀或污染，導致無劑量紀錄(3日內通報)
- ☐ 其他造成無劑量紀錄或人員劑量異常情形(3日內通報)

2、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)* 累積有效劑量	：	_____毫西弗	

3、異常案件概述：

(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：_____

輻射防護人員：_____ 聯絡電話：_____

填報人：_____ 審核：_____ 雇主或設施經營者：_____

註1：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。

註2：各欄空格不足請自行加頁補充。核安會輻射防護組傳真(02)82317829及郵件abnormaldose@nusc.gov.tw。

附件三（雇主或設施經營者調查報告使用）

輻射工作人員劑量異常案件調查報告表

填表日期： 年 月 日

受曝當事人姓名：	出生日期： 年 月 日	服務單位/部門：
	身分證字號/居留證：	
本次劑量計使用期間： 年 月 日至 年 月 日		電話：
本期(次)劑量： 有效劑量：_____毫西弗個人 等效劑量Hp(0.07)：_____毫西弗個人 等效劑量Hp(3)：_____毫西弗		今年累積劑量： 有效劑量：_____毫西弗個人 等效劑量 Hp(0.07)：_____毫西弗個人 等效劑量 Hp(3)：_____毫西弗 連續五年週期(~ 年)累積有效劑量：_____毫西弗
一、輻射作業場所調查內容	發生時間：	發生地點：
	(請詳述原因、經過、使用設備等，並附上工作日誌等紀錄。)	
二、輻射作業場所研提檢討改善及防範措施	(請說明如何防止類似案件再度發生。若認定該超限劑量非其實際所接受之劑量，應提出劑量修正建議申請，並應詳述修正值之理論根據；例如劑量重建之評估方法、計算參數等。)	
受曝當事人簽章：	輻防人員簽章 ^(註1) (輻防證書字號)：	雇主或設施經營者簽章：

註1：依規定免設置輻射防護人員之雇主或設施經營者，需委由核安會認可之從事輻射防護偵測業者簽認。

註2：本表請自行影印保存備查，保存年限適用游離輻射防護法施行細則第7條。

註3：各欄空格不足請自行加頁補充。核安會輻射防護組傳真(02)82317829及郵件abnormaldose@nusc.gov.tw。