



受付番号

氏名

裏6

### ① 電離放射線健康診断（眼の検査以外）

#### 健診区分

- 1  雇入れ
- 2  配置替え
- 3  定期

#### 既往歴

（電離放射線による健康障害の有無）

- 1  なし
- 2  あり

#### 従事期間

（前の職場で実施していた場合も含む）

- 1,昭和 年 月から
- 2,平成 年 月まで
- 3,令和 年 月まで

#### 業務名コード

業務名コードは別紙を参照のうえ、該当するものすべてに✓点を付けてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	17
<input checked="" type="checkbox"/>	11	<input checked="" type="checkbox"/>	18
<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	19
<input checked="" type="checkbox"/>	13	<input checked="" type="checkbox"/>	20
<input checked="" type="checkbox"/>	14	<input checked="" type="checkbox"/>	21
<input checked="" type="checkbox"/>	15	<input checked="" type="checkbox"/>	22
<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	23

「前回の健康診断までの  
実効線量」が0の場合  
「00」と記入してくだ  
さい。

#### 【前回の健康診断までの実効線量】※必ず記入してください

後	<input type="text"/>	平成13年4月1日以後の 実効線量の合計
前	<input type="text"/>	平成13年3月31日以前の 集積線量の合計

#### 【前回の健康診断後に受けた線量】

#### 被ばく歴

- 1  なし
  - 2  あり
- 「あり」の方は、実効線量と  
ご記入ください。

#### 実効線量

外部被ばく によるもの	<input type="text"/>	mSv	事故等 によるもの
内部被ばく によるもの	<input type="text"/>	mSv	

#### 等価線量

●眼の水晶体	事故等によるものを除く	<input type="text"/>	mSv
	事故等によるもの	<input type="text"/>	mSv
●皮膚	事故等によるものを除く	<input type="text"/>	mSv
	事故等によるもの	<input type="text"/>	mSv

- 1  所見なし
- 2  皮膚の発赤
- 3  皮膚の乾燥や縦じわ
- 4  皮膚の潰瘍
- 5  爪の異常
- 99  その他〔 〕

#### 指導区分

- 1  要観察
- 2  要指導
- 3  要精検
- 4  要治療

### ① 騒音作業健康診断

#### 健診区分

- 1  雇入れ
- 2  配置替え
- 3  定期
- 4  離職時

#### 聴覚保護具（耳栓、耳覆い等）の使用

- 1  使用なし
- 2  使用あり

#### 作業内容

作業名コードは別紙を参照のうえ、該当するものすべてに✓点を付けてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	09	<input checked="" type="checkbox"/>	17	<input checked="" type="checkbox"/>	25	<input checked="" type="checkbox"/>	33	<input checked="" type="checkbox"/>	41	<input checked="" type="checkbox"/>	49	<input checked="" type="checkbox"/>	57
<input checked="" type="checkbox"/>	10	<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input checked="" type="checkbox"/>	26	<input checked="" type="checkbox"/>	34	<input checked="" type="checkbox"/>	42	<input checked="" type="checkbox"/>	50	<input checked="" type="checkbox"/>	58
<input checked="" type="checkbox"/>	11	<input checked="" type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>	27	<input checked="" type="checkbox"/>	35	<input checked="" type="checkbox"/>	43	<input checked="" type="checkbox"/>	51	<input checked="" type="checkbox"/>	59
<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	20	<input checked="" type="checkbox"/>	28	<input checked="" type="checkbox"/>	36	<input checked="" type="checkbox"/>	44	<input checked="" type="checkbox"/>	52	<input checked="" type="checkbox"/>	60
<input checked="" type="checkbox"/>	13	<input checked="" type="checkbox"/>	21	<input checked="" type="checkbox"/>	29	<input checked="" type="checkbox"/>	37	<input checked="" type="checkbox"/>	45	<input checked="" type="checkbox"/>	53	<input checked="" type="checkbox"/>	99
<input checked="" type="checkbox"/>	14	<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>	30	<input checked="" type="checkbox"/>	38	<input checked="" type="checkbox"/>	46	<input checked="" type="checkbox"/>	54	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	15	<input checked="" type="checkbox"/>	23	<input checked="" type="checkbox"/>	31	<input checked="" type="checkbox"/>	39	<input checked="" type="checkbox"/>	47	<input checked="" type="checkbox"/>	55	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	08	<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	24	<input checked="" type="checkbox"/>	32	<input checked="" type="checkbox"/>	40	<input checked="" type="checkbox"/>	48	<input checked="" type="checkbox"/>	56

#### 業務の経歴

（前の職場で実施していた場合も含む）

- 1,昭和 年 月から
  - 2,平成 年 月
  - 3,令和 年 月
- 作業年数 年 ヶ月
- 1日平均  
作業時間 時間 分
- 1ヶ月平均  
作業日数 日

#### 既往歴（聴覚に関する健康障害の有無）

該当するものすべてに✓点を付けてください。

#### ② 該当なし

- 1  中耳炎後遺症
  - 1  右
  - 2  左
  - 3  両側
- 2  突発性難聴
  - 1  右
  - 2  左
  - 3  両側

#### 自覚症状

該当するものすべてに✓点を付けてください。

#### ② 該当なし

- 1  耳鳴り
- 2  めまい
- 3  耳の痛み

①「健診区分」「被ばく歴」は該当箇所に✓を記入してください。

②「既往歴」「自覚症状」は該当がない場合、「該当なし」に✓を記入してください。

数字記入欄は右づめで数字を記入してください。  
ゼロ  
「0」の記入は不要です。

× 4000Hz	<input type="text"/>	dB	<input type="text"/>	dB	2 <input type="checkbox"/> 所見あり				
× 6000Hz	<input type="text"/>	dB	<input type="text"/>	dB	右				
× 8000Hz	<input type="text"/>	dB	<input type="text"/>	dB	左				
									4000Hz (30 dB)
									1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし
									2 <input checked="" type="checkbox"/> 所見あり
									1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし
									2 <input checked="" type="checkbox"/> 所見あり
会話法									
1 <input checked="" type="checkbox"/>	聴覚機能低下なし								
2 <input checked="" type="checkbox"/>	聴覚機能低下あり（きちんと会話が成り立つか確認ください）								