

申込み団体 雇用年月日 (西暦) 年 月 日 受付番号

氏名 性別 生年月日 年 月 日 健診月日 0

必ず記入してください。

本日受診される特定化学物質健康診断について、該当する項目にチェック、または数字を黒鉛筆ではっきりとご記入のうえ、ご提出ください。自覚症状は、作業従事により発生していると思われる項目にご記入ください。(注：ばく露とは化学物質を吸入したり、化学物質に触れること)

特定化学物質健康診断

【既往歴、自覚症状および他覚症状の有無の調査】

健診区分 ① **既往歴** (特定化学物質による健康障害の有無)

1 雇入れ 1 なし

2 配置替え 2 あり

3 定期

【該当物質名】

自覚症状および他覚症状 (受診者の認識) 該当するものすべてに✓点をつけてください。

1 黄疸 24 皮膚・気道 (鼻から気管支まで) に係る症状 49 歯肉炎 74 黒色便 97 もの忘れ

2 皮膚掻痒感 31 眼の異常 50 異味 (味覚変化) 75 上腹部の異常感 98 発語障害

② 該当なし

① 「健診区分」は該当する箇所に✓を記入してください。

② 「自覚症状および他覚症状」に該当がない場合、「該当なし」に✓を記入してください。

10 <input type="checkbox"/> 酒場 (皮膚・粘膜・眼)	33 <input type="checkbox"/> 結膜および角膜の異常	59 <input type="checkbox"/> 息苦しさ	84 <input type="checkbox"/> 運動失調 (動作が円滑にできない)	106 <input type="checkbox"/> 多汗含む発汗異常
11 <input type="checkbox"/> 皮膚の蒼白	34 <input type="checkbox"/> 眼の刺激症状	60 <input type="checkbox"/> 呼吸困難	85 <input type="checkbox"/> 歩行障害 (歩行困難または歩けない)	107 <input type="checkbox"/> 頭重 (頭が重い)
12 <input type="checkbox"/> 色素沈着	35 <input type="checkbox"/> 鼻汁	61 <input type="checkbox"/> 喘鳴 (呼吸音の異常)	86 <input type="checkbox"/> 歩行失調 (不安定・ぎこちない歩行)	108 <input type="checkbox"/> 頭痛
13 <input type="checkbox"/> 色素脱失	36 <input type="checkbox"/> 鼻出血	62 <input type="checkbox"/> アレルギー喘息	87 <input type="checkbox"/> 歩行困難	109 <input type="checkbox"/> めまい
14 <input type="checkbox"/> 黒皮症含む皮膚の黒変 (黒皮症：皮膚が黒ずみ、褐色や紫灰色を呈する)	37 <input type="checkbox"/> 鼻の痛み	63 <input type="checkbox"/> 胸痛	88 <input type="checkbox"/> 不随性運動障害 (意図せず制御不能な動き)	110 <input type="checkbox"/> 耳鳴り
15 <input type="checkbox"/> ガス斑 (全身に散らばるピンクや赤の斑点)	38 <input type="checkbox"/> 嗅覚脱失	64 <input type="checkbox"/> 胸部不安感	89 <input type="checkbox"/> 関節痛	111 <input type="checkbox"/> 肩こり
16 <input type="checkbox"/> アンチモン皮疹 (色素沈着や発疹を生ずる皮膚炎)	39 <input type="checkbox"/> 鼻ポリープ	65 <input type="checkbox"/> 胸部圧迫感	90 <input type="checkbox"/> 腱反射亢進 (ハンマーで腱を叩くと筋肉が収縮する反射が過剰になる)	112 <input type="checkbox"/> 不眠
17 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白	40 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	66 <input type="checkbox"/> 胸部違和感	91 <input type="checkbox"/> 筋線維束れん縮 (不随意な筋肉の収縮・弛緩)	113 <input type="checkbox"/> 傾眠 (うとうとしている状態)
18 <input type="checkbox"/> 膏顔 (顔の皮膚が脂っぽい)	41 <input type="checkbox"/> 鼻中隔穿孔	67 <input type="checkbox"/> 上気道含む呼吸器 (鼻から肺まで) の刺激症状	92 <input type="checkbox"/> 易興奮性 (興奮・激しやすい)	114 <input type="checkbox"/> 眠気
19 <input type="checkbox"/> 皮膚所見	42 <input type="checkbox"/> 鼻粘膜の異常	68 <input type="checkbox"/> 悪心	93 <input type="checkbox"/> 脱力感	115 <input type="checkbox"/> 昏迷 (動かす刺激に反応しない状態)
20 <input type="checkbox"/> 皮膚の刺激症状	43 <input type="checkbox"/> 鼻腔刺激症状	69 <input type="checkbox"/> 嘔吐	94 <input type="checkbox"/> 易疲労感 (疲れやすい)	116 <input type="checkbox"/> けいれん
21 <input type="checkbox"/> 粘膜刺激症状	44 <input type="checkbox"/> 歯 (牙) の変化・変色	70 <input type="checkbox"/> 食欲不振	95 <input type="checkbox"/> 倦怠感 (だるい)	117 <input type="checkbox"/> 書字拙劣 (書字がつかない)
22 <input type="checkbox"/> 皮膚または粘膜の異常	45 <input type="checkbox"/> 舌の緑着色	71 <input type="checkbox"/> 腹痛	96 <input type="checkbox"/> 記憶力低下	118 <input type="checkbox"/> 頸部等のリンパ節の肥大または腫大
23 <input type="checkbox"/> 眼、鼻または口腔・咽頭の粘膜の炎症	46 <input type="checkbox"/> 唾液分泌過多	72 <input type="checkbox"/> 下痢		119 <input type="checkbox"/> 貧血

1 <input type="checkbox"/> 所見なし	9 <input type="checkbox"/> せき・たん・呼吸困難・息切れ・刺激症状等の呼吸器症状	18 <input type="checkbox"/> 歯肉炎、口内炎	25 <input type="checkbox"/> 唾液分泌過多	指導区分
2 <input type="checkbox"/> 肝または脾の腫大	10 <input type="checkbox"/> 喘鳴	19 <input type="checkbox"/> 舌の緑着色	26 <input type="checkbox"/> 発語障害	
3 <input type="checkbox"/> 皮膚炎・にきび様変化・いぼ・発赤・角化・潰瘍・刺激症状等の皮膚症状	11 <input type="checkbox"/> 呼吸音の異常	20 <input type="checkbox"/> 発汗異常	27 <input type="checkbox"/> 心臓症状	1 <input type="checkbox"/> 要観察
4 <input type="checkbox"/> 冷感	12 <input type="checkbox"/> 流涙・結膜および角膜の異常・縮腫・刺激症状等の眼の症状	21 <input type="checkbox"/> 頸部等のリンパ節の肥大または腫大	28 <input type="checkbox"/> 嘔声	2 <input type="checkbox"/> 要指導
5 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白	13 <input type="checkbox"/> 刺激症状・炎症含む粘膜の異常	22 <input type="checkbox"/> 仮面様顔貌、膏顔、流涎、発汗異常、手指の振戦、歩行障害、不随性運動障害、発語異常等のパーキンソン症候群様症状	29 <input type="checkbox"/> けいれん	3 <input type="checkbox"/> 要精検
6 <input type="checkbox"/> チアノーゼ	14 <input type="checkbox"/> 振戦	23 <input type="checkbox"/> 貧血疑い	30 <input type="checkbox"/> 筋線維束れん縮	4 <input type="checkbox"/> 要治療
7 <input type="checkbox"/> 黄疸	15 <input type="checkbox"/> 手指の疼痛または知覚異常	24 <input type="checkbox"/> 運動失調・歩行困難・歩行障害・歩行失調	31 <input type="checkbox"/> 自覚症状 (医師の判断で問題となるもの)	
8 <input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻出血・鼻ポリープ・副鼻腔炎・鼻中隔穿孔・刺激症状等の鼻の症状	16 <input type="checkbox"/> 腱反射亢進		99 <input type="checkbox"/> その他	
	17 <input type="checkbox"/> 歯 (牙) の変化・変色			

裏面の【業務の経歴および作業条件の簡易な調査】もご記入ください。

受付番号

氏名

裏

特定化学物質健康診断

【業務の経歴および作業条件の簡易な調査】

【物質名：】

【物質名：-】

【物質名：-】

業務の経歴 (現在の勤務先に来てから)

1,昭和 年 月から

2,平成 年 月まで

3,令和 年 月まで

(現在の勤務先に来る前の合計従事年数)

年 ヶ月 過去の従事なし

最近6ヶ月間のあなたの職場

(注：ばく露と

最近6ヶ月間、業務従事なし
→以下の質問への回答は不要です

作業頻度

・1日あたりの作業時間 時間 分

・1週間あたりの作業日数 日

作業工程や取扱い量等

・作業工程の変更

1 あり

2 なし

3 不明

・取扱い量・使用頻度

1 増加

2 減少

3 変化なし

4 不明

局所排気装置

1 常時使用

2 時々使用

3 設置なし

保護具の使用

	常時 使用	時々 使用	使用 なし
1 保護手袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 保護メガネ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 顔面保護具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 防護マスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 化学防護服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 保護帽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ヘルメット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 安全靴・長靴等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

事故・修理による当該物質の大量ばく露

1 あり

2 なし

3 不明

体の一部が当該物質に直接触れる作業

1 常時あり

2 時々あり

3 なし

4 不明

業務の経歴

1,昭和

2,平成

3,令和

(現在の勤務先)

最近6ヶ月間のあなたの職場

(注：ばく露と

作業頻度

・1日

・1週

作業工程や取扱い量等

・作業工程の変更

1 あり

2 なし

3 不明

・取扱い量・使用頻度

1 増加

2 減少

3 変化なし

4 不明

局所排気装置

1 常時使用

2 時々使用

3 設置なし

保護具の使用

	常時 使用	時々 使用	使用 なし
1 保護手袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 保護メガネ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 顔面保護具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 防護マスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 化学防護服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 保護帽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ヘルメット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 安全靴・長靴等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

事故・修理による当該物質の大量ばく露

1 あり

2 なし

3 不明

体の一部が当該物質に直接触れる作業

1 常時あり

2 時々あり

3 なし

4 不明

該当物質毎、それぞれについて、記入してください。

「最近6か月間」作業をしていない場合も「=」は記入してください。

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。

作業工程や取扱い量等

・作業工程の変更

1 あり

2 なし

3 不明

・取扱い量・使用頻度

1 増加

2 減少

3 変化なし

4 不明

局所排気装置

1 常時使用

2 時々使用

3 設置なし

保護具の使用

	常時 使用	時々 使用	使用 なし
1 保護手袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 保護メガネ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 顔面保護具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 防護マスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 化学防護服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 保護帽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ヘルメット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 安全靴・長靴等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

事故・修理による当該物質の大量ばく露

1 あり

2 なし

3 不明

体の一部が当該物質に直接触れる作業

1 常時あり

2 時々あり

3 なし

4 不明

特殊健康診断問診票（特化物）が2枚以上ある方は「物質名」に合わせて全てご記入ください。