

25

情報機器作業問診票  
特殊健康診断問診票 (電離・騒音・高気圧)

□□□□□□□□



申込み団	<b>必ず記入してください。</b>			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	年 月 日	

本日受診される  の健診について、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。

① 情報機器作業健康診断

健診区分

- 1  定期
- 2  配置前

過去の病気および

③ 該当なし

- 1 ドライアイ
- 2 眼精疲労
- 3 弱視
- 4 斜視
- 5 白内障
- 6 緑内障

自覚症状 該当するもの

③ 該当なし

- 1 眼の疲れ
- 2 眼の痛み
- 3 眼の乾き
- 4 眼の充血
- 5 眼のかすみ
- 6 ぼやけて見える
- 7 涙が出る
- 8 視力低下
- 9 首・肩のこり
- 10 背中・の痛み

① 「健診区分」は該当箇所に✓を記入してください。

② 「作業区分」は「作業の例」を確認の上、該当箇所に✓を記入してください。

③ 「自覚症状」「過去の病気および現病歴」に該当がない場合「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。

作業休止時間について

職場以外でのパソコン等の使用について

1日 平均  時間  分

尺牍から該当するものを1つ選び、✓をつけてください。

② 作業区分

5  左記以外のもの

作業区分の定義

器作業を行う者  
るもの  
または入力  
ある  
で適宜休憩を  
変更することが

左記以外の情報機器作業対象者

② 作業の例

- ・左記の作業で4時間未満のもの
- ・左記の作業で4時間以上ではあるが労働者の裁量による休憩をとることができるもの
- ・文書作成作業
- ・経営等の企画・立案を行う業務(4時間以上も含む)
- ・主な作業として会議や講演の資料作成を行う業務(4時間以上も含む)
- ・庶務・経理業務(4時間以上も含む)
- ・情報機器を使用した研究(4時間以上も含む)

情報機器作業時の状況について

- 1  老眼鏡や老眼コンタクトを使用している

健診機関記入欄

調節機能検査 (単位: cm)

右     左

平均

医師記入欄

1  所見なし

2  筋肉の圧痛・硬結

3  肘・手首・指等の関節可動域低下

4  肘・手首・指等の関節痛

5  肩関節・頸部運動痛

6  頸部・背部・腰部の圧痛

99  その他〔 〕

指導区分

1  要観察

2  要指導

3  要精検

4  要治療

高気圧健康診断

① 健診区分

- 1  雇入れ
- 2  配置替え
- 3  定期

業務名コード

- 10
- 20

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✓をつけてください。

既往歴 (高気圧による健康障害の有無)

- 1  なし
- 2  あり

該当するものすべてに自覚症状 ✓をつけてください。

③ 該当なし

- 1  関節痛
- 2  手足の動きが悪い
- 3  耳鳴り

業務歴 (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   月から
- 3, 令和   年   月から

医師記入欄

1  所見なし

2  四肢の運動機能低下

99  その他〔 〕

指導区分

1  要観察

2  要指導

3  要精検

4  要治療

受付番号 氏名

① 電離放射線健康診断（眼の検査以外）

① 騒音作業健康診断

健診区分

既往歴 (電離放射線による健康障害の有無)

健診区分

- 1 雇入れ
2 配置替え
3 定期
4 離職時

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

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 月から
3,令和 年 月まで

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✓をつけてください。

Table with columns for job codes (09-59) and checkboxes for activity presence.

「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 平成13年4月1日以後の実効線量の合計
前 平成13年3月31日以前の実効線量の合計

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✓をつけてください。

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✓をつけてください。

② 該当なし

- 1 耳鳴り
2 めまい
3 耳の痛み
4 聴覚低下

【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 mSv
内部被ばくによるもの mSv

等価線量

●眼の水晶体
事故等によるものを除く mSv
事故等によるもの mSv
●皮膚
事故等によるものを除く mSv
事故等によるもの 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 「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 dB dB
× 6000Hz dB dB
× 8000Hz dB dB
会話法
1 聴覚機能低下なし 2 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)