

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 年 月 日

必ず記入してください。

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、作業者が

有機溶剤 (該当溶剤名) \_\_\_\_\_

健診区分

1  雇入れ  
2  配置替  
3  定期

03 07 10 99 04 (有機溶剤による)

業務の経歴 (前の職場で実施していた場合も含む) 既往歴 (健康障害の有無)

1,昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から 1  なし  
2,平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から 2  あり  
3,令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から

既往歴 (鉛による健康障害の有無)

1  なし  
2  あり

① 「自覚症状」に該当がない場合、「該当なし」に✓を記入してください。

〰〰〰〰 欄は「最近6か月間」の状況を記入してください。

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 <input checked="" type="checkbox"/> 頭重 (頭が重い)	9 <input checked="" type="checkbox"/> 心悸亢進 (心拍数が著明に増加)	16 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚または粘膜の異常
2 <input checked="" type="checkbox"/> 頭痛	10 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠	17 <input type="checkbox"/> 四肢末端部の疼痛
3 <input checked="" type="checkbox"/> めまい	11 <input checked="" type="checkbox"/> 不安感	18 <input checked="" type="checkbox"/> 知覚異常 (本来感じるべき感覚と異なる)
4 <input checked="" type="checkbox"/> 悪心	12 <input type="checkbox"/> 焦燥感 (あせり・イラつき感)	19 <input type="checkbox"/> 握力減退
5 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐	13 <input type="checkbox"/> 集中力の低下	20 <input type="checkbox"/> 視力低下
6 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振	14 <input type="checkbox"/> 振戦 (身体の震え)	21 <input type="checkbox"/> 膝蓋腱・アキレス腱反射異常
7 <input checked="" type="checkbox"/> 腹痛	15 <input type="checkbox"/> 上気道 (鼻から喉まで) または眼の刺激症状	
8 <input checked="" type="checkbox"/> 体重減少		

自覚症状

1  食欲不振・便秘・腹部不快感・腹部疝痛などの消化器症状

2  四肢の伸筋麻痺または知覚異常などの末梢神経症状

3  関節痛

4  筋肉痛

5  蒼白

6  易疲労感 (疲れやすい)

7  倦怠感 (だるい)

8  睡眠障害

9  焦燥感 (あせり・イラつき感)

最近6ヶ月間のあなたの職場や作業での化学物質ばく露に関する以下の質問にお答えください。

作業工程や取扱い量等

・作業工程の変更	・取扱量・使用頻度	事故・修理による当該物質の大量ばく露	体の一部が当該物質に直接触れる作業
1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> 増加	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時あり
2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	2 <input checked="" type="checkbox"/> 減少	2 <input type="checkbox"/> なし	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々あり
3 <input type="checkbox"/> 不明	3 <input type="checkbox"/> 変化なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> 不明	3 <input type="checkbox"/> なし
	4 <input type="checkbox"/> 不明	4 <input type="checkbox"/> 不明	4 <input type="checkbox"/> 不明

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

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

医師記入欄

1  所見なし

2  振戦

3  上気道または眼の刺激症状

4  皮膚または粘膜の異常

5  膝蓋腱・アキレス腱反射異常

6  知覚異常

7  握力減退

8  自覚症状 (医師の判断で問題となるもの)

99  その他 \_\_\_\_\_

指導区分

1  要観察  
2  要指導  
3  要精検  
4  要治療

医師記入欄

1  所見なし

2  四肢の伸筋麻痺・知覚異常などの末梢神経症状

3  蒼白

4  自覚症状 (医師の判断で問題となるもの) \_\_\_\_\_

99  その他 \_\_\_\_\_