

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）

<input type="checkbox"/> 有機溶剤健康診断	<input type="checkbox"/> 鉛健康診断
-----------------------------------	--------------------------------

【該当溶剤名】

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。

健診区分

- 1 雇入れ
- 2 配置替え
- 3 定期

業務の経歴

- 1, 昭和
- 2, 平成
- 3, 令和

- 1 なし
- 2 あり

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 焦燥感
(あせり・イラつき感) | 19 <input checked="" type="checkbox"/> 握力減退 |
| 5 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐 | 13 <input checked="" type="checkbox"/> 集中力の低下 | 20 <input checked="" type="checkbox"/> 視力低下 |
| 6 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振 | 14 <input checked="" type="checkbox"/> 振戦 (身体の震え) | 21 <input checked="" type="checkbox"/> 膝蓋腱・アキレス
腱反射異常 |
| 7 <input checked="" type="checkbox"/> 腹痛 | 15 <input checked="" 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 | | |

① 該当なし

下記内容について、最近6か月間、職場や作業で化学物質ばく露をした方にお聞きます。

作業工程や取扱い量等	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 に直接接触する作業
・作業工程の変更	・取扱い量・使用頻度	
1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> 増加	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 checked="" type="checkbox"/> 時々あり
3 <input checked="" type="checkbox"/> 不明	3 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	4 <input checked="" type="checkbox"/> 不明	4 <input checked="" type="checkbox"/> 不明

作業頻度	局所排気装置
・1日あたりの作業時間	
時間 分	1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時使用
・1週間あたりの作業日数	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々使用
日	3 <input checked="" type="checkbox"/> 設置なし

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

医師記入欄	1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし	6 <input checked="" type="checkbox"/> 知覚異常	指導区分
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 振戦	7 <input checked="" type="checkbox"/> 握力減退	1 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 上気道または眼 の刺激症状	8 <input checked="" type="checkbox"/> 自覚症状 (医師の判断で問題となるもの)	2 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導
	4 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚または粘膜 の異常	99 <input checked="" type="checkbox"/> その他	3 <input checked="" type="checkbox"/> 要精検
	5 <input checked="" type="checkbox"/> 膝蓋腱・アキレス 腱反射異常		4 <input checked="" type="checkbox"/> 要治療

自覚症状 該当するものすべてに✓点をつけてください。

① 該当なし

- | | |
|--|--|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振・便秘・腹部不快感・
腹部疝痛などの消化器症状 | 6 <input checked="" type="checkbox"/> 易疲労感
(疲れやすい) |
| 2 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢の伸筋麻痺または知覚異常など
の末梢神経症状 | 7 <input checked="" type="checkbox"/> 倦怠感
(だるい) |
| 3 <input checked="" type="checkbox"/> 関節痛 | 8 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠障害 |
| 4 <input checked="" type="checkbox"/> 筋肉痛 | 9 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥感
(あせり・イラつき感) |
| 5 <input checked="" type="checkbox"/> 蒼白 | |

下記内容について、最近6か月間、職場や作業で化学物質ばく露をした方にお聞きます。

作業工程や取扱い量等	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 に直接接触する作業
・作業工程の変更	・取扱い量・使用頻度	
1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> 増加	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 checked="" type="checkbox"/> 時々あり
3 <input checked="" type="checkbox"/> 不明	3 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	4 <input checked="" type="checkbox"/> 不明	4 <input checked="" type="checkbox"/> 不明

作業頻度	局所排気装置
・1日あたりの作業時間	
時間 分	1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時使用
・1週間あたりの作業日数	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々使用
日	3 <input checked="" type="checkbox"/> 設置なし

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

医師記入欄	1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし	指導区分
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢の伸筋麻痺・知覚異常 などの末梢神経症状	1 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 蒼白	2 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導
	4 <input checked="" type="checkbox"/> 自覚症状 (医師の判断で問題となるもの)	3 <input checked="" type="checkbox"/> 要精検
	99 <input checked="" type="checkbox"/> その他	4 <input checked="" type="checkbox"/> 要治療