



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
		検診月日	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。

情報機器作業健康診断

検診区分

1 定期

2 配置前

業務歴

年 ヶ月

既往歴および現病歴

	既往あり	治療中	既往あり	治療中
1 ドライアイ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 関節リウマチ	<input type="checkbox"/>
2 眼精疲労	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 関節炎	<input type="checkbox"/>
3 弱視	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 髄膜炎	<input type="checkbox"/>
4 斜視	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 頸椎症	<input type="checkbox"/>
5 白内障	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 椎間板症	<input type="checkbox"/>
6 緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 中心性網膜症	<input type="checkbox"/>

自覚症状

時々ある
ある 症状が強い

1 目の疲れ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 目の痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 目の乾き	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 目の充血	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 眼のかすみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 ぼやけて見える	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 涙が出る	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 視力低下	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 首・肩のこり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 背中中の痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11 頭が重い	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12 頭痛	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13 不眠	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14 手指のしびれ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 手指の痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 腕の痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17 首・肩の痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18 疲れが取れない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19 イライラする	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20 腰痛	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

作業休止時間について（規則的にとっている場合はご記入ください。）

分作業につき 分休止

職場以外でのパソコン等の使用について（使用している場合はご記入ください。）

1日平均 時間 分

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

作業区分

作業区分	作業区分の定義	作業の例
4 <input type="checkbox"/> 拘束性のある作業	1日に4時間以上 情報機器作業を行う者であって次のいずれかに該当するもの	<ul style="list-style-type: none"> ・コールセンターで相談対応(対応録をパソコンに入力) ・モニターによる監視・点検・保守 ・パソコンを用いた校正・編集・デザイン

「検診区分」は該当箇所に✓を記入してください。

「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。

「自覚症状」「既往歴および現病歴」は該当があれば✓を記入してください。

は数字を記入してください。
右詰で、空欄の0の記入は不要です。

機構記入欄

調節機能検査 (単位: cm)

右

平均

入欄

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

3 要精検

4 要治療

受付番号

氏名

26

裏

電離放射線健康診断

検診区分

- 1 雇入れ
- 2 配置替え
- 3 定期

業務名コード

既往歴

- 1 なし
- 2 あり

業務歴

1, 昭和 年 月から

2, 平成 年 月まで

3, 令和 年 月まで

自覚症状

- 1 皮膚の発赤
- 2 皮膚の乾燥や縦じわ
- 3 皮膚の潰瘍
- 4 爪の異常

【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、実効線量と等価線量をご記入ください

実効線量

外部被ばくによるもの

内部被ばくによるもの

事故等によるもの

等価線量

●眼の水晶体

事故等によるものを除く

事故等によるもの

●皮膚

事故等によるものを除く

事故等によるもの

【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日以前の集積線量の合計

医 1 所見なし 指導区分

「検診区分」「被ばく歴」は該当箇所に✓を記入してください。

「既往歴」「自覚症状」は該当があれば✓を記入してください。

は数字を記入してください。右詰で、空欄の0の記入は不要です。

例) 平成10年5月の場合は → 「2」「10」年 「5」月と記入してください

★「前回の健康診断までの実効線量」は0の場合は「00」と記入してください。

騒音健康診断

検診区分

- 1 雇入れ
- 2 配置替え
- 3 定期

業務歴

1, 昭和 年 月から

2, 平成 年 月まで

3, 令和 年 月まで

作業歴

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

- 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
- 3 頭頸部外傷後遺症
- 4 メニエール病

自覚症状

- 1 耳鳴り
- 2 めまい
- 3 耳の痛み

欄 医 1 所見なし 指導区分 4 要治療

高気圧健康診断

検診区分

- 1 雇入れ
- 2 配置替え
- 3 定期

業務名コード

既往歴

- 1 なし
- 2 あり

業務歴

1, 昭和 年 月から

2, 平成 年 月まで

3, 令和 年 月まで

自覚症状

- 1 関節痛
- 2 手足の動きが悪い
- 3 耳鳴り

医 1 所見なし 指導区分 1 要観察 2 要指導 3 要精検 4 要治療