

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
		検査月日	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。(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)

有機溶剤健康診断

検査区分	業務名コード	既往歴	業務歴
1 <input checked="" type="checkbox"/> 雇入れ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> なし	1,昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月から
2 <input type="checkbox"/> 配置替え	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> あり	2,平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月から
3 <input checked="" type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3,令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月から

作業頻度	作業工程や取扱い量等	局所排気装置	保護具の使用
・1日あたりの作業時間 <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 分	・作業工程の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時使用	1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時使用
・1週間あたりの作業日数 <input type="checkbox"/> 日	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々使用	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々使用
	2 <input type="checkbox"/> なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> 設置なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> 使用なし
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 不明		

保護具の種類

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

自覚症状

1 <input checked="" type="checkbox"/> 頭が重	2 <input checked="" type="checkbox"/> 頭痛	3 <input checked="" type="checkbox"/> めまい	4 <input checked="" type="checkbox"/> 悪心	5 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐	6 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振	13 <input checked="" type="checkbox"/> 集中力の低下	20 <input checked="" type="checkbox"/> 視力低下	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」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。

それ以外は該当する項目があれば✓を記入してください。

医師記入欄

1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし	2 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢の伸筋麻痺・知覚異常などの末端神経症	3 <input checked="" type="checkbox"/> 顔面蒼白
--	--	--

指導区分

1 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察	2 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導	3 <input checked="" type="checkbox"/> 要精検	4 <input checked="" type="checkbox"/> 要治療
---	---	---	---

鉛健康診断

検査区分	業務名コード	既往歴	業務歴
1 <input checked="" type="checkbox"/> 雇入れ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> なし	1,昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月から
2 <input type="checkbox"/> 配置替え	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> あり	2,平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月から
3 <input checked="" type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3,令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月から

作業頻度	作業工程や取扱い量等	局所排気装置	保護具の使用
・1日あたりの作業時間 <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 分	・作業工程の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時使用	1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時使用
・1週間あたりの作業日数 <input type="checkbox"/> 日	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々使用	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々使用
	2 <input type="checkbox"/> なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> 設置なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> 使用なし
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 不明		

保護具の種類

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

事故・修理による当該物質の大量ばく露

1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> 不明
--	--	--

体の一部が当該物質に直接接触する作業

1 <input checked="" type="checkbox"/> 常時あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 時々あり	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし	4 <input checked="" type="checkbox"/> 不明
--	--	--	--

自覚症状

1 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振・便秘・腹部不快感・腹部疼痛などの消化器症状	2 <input checked="" type="checkbox"/> 手が伸ばしにくかったり、痛み、しびれがある	3 <input checked="" type="checkbox"/> 関節痛	4 <input checked="" type="checkbox"/> 筋肉痛	5 <input checked="" type="checkbox"/> 顔面蒼白
6 <input checked="" type="checkbox"/> 疲れやすい	7 <input checked="" type="checkbox"/> だるい	8 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠障害	9 <input checked="" type="checkbox"/> あせり・イラつき感	

医師記入欄

1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし	2 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢の伸筋麻痺・知覚異常などの末端神経症	3 <input checked="" type="checkbox"/> 顔面蒼白
--	--	--

指導区分

1 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察	2 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導	3 <input checked="" type="checkbox"/> 要精検	4 <input checked="" type="checkbox"/> 要治療
---	---	---	---

受付番号

氏名

24



特定化学物質健康診断

検診区分

- 1 雇入れ
- 2 配置替え
- 3 定期

既往歴

- 1 なし
- 2 あり

業務歴

- 1, 昭和 年 月 から
- 2, 平成 年 月 から
- 3, 令和 年 月 まで

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

- 1 常時使用
- 2 時々使用
- 3 使用なし

保護具の種類

- 1 保護手袋
- 2 保護メガネ
- 3 顔面保護具
- 5 化学防護服
- 6 保護帽
- 7 ヘルメット

「自覚症状」は該当があれば✓を記入してください。

事故・修理

- 1 あり
- 2 なし
- 3 不明

○ 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。

皮膚症状

- 1 黄疸
- 2 かゆみ
- 3 発赤
- 4 皮膚炎
- 5 皮膚色変化
- 6 手足の冷え
- 7 いぼ
- 8 にきび様変化

それ以外は該当する項目があれば✓を記入してください。

- 18 疲れやすい
- 19 だるい
- 20 記憶力低下
- 21 発語障害
- 22 集中力低下

- 31 息苦しさ
- 32 呼吸困難
- 33 胸部圧迫感
- 34 呼吸音がゼーゼーする

- 44 眼の充血
- 45 まぶしい
- 尿・便の異常**
- 46 血尿・頻尿・排尿痛
- 47 黒色便
- 48 腹痛・下痢
- 49 みぞおちの痛み

口腔症状

- 9 歯の変化
- 10 舌の緑着色
- 11 味覚変化
- 12 唾液が多い
- 13 声のかすれ
- 14 口内炎がでやすい

耳鼻科症状

- 23 鼻汁
- 24 鼻出血
- 25 他の鼻症状
- 26 嗅覚障害
- 27 咽頭痛や違和感

神経症状

- 35 手足のしびれ
- 36 手足の関節痛
- 37 手指の震え
- 38 歩行困難・筋肉のこわばり
倒れやすい
- 39 知覚異常
- 40 神経痛

- その他**
- 50 体重減少
- 51 異常発汗
- 52 頭が重い
- 53 頭痛
- 54 めまい

医師記入欄	1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし	7 <input type="checkbox"/> 喘鳴	13 <input checked="" type="checkbox"/> 異常発汗	指導区分	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 肝・脾の腫大または黄疸	8 <input checked="" type="checkbox"/> 振戦	14 <input checked="" type="checkbox"/> 頸部等のリンパ腺腫大 (5:ベンゾトリクロロドのみ)		1 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察
	3 <input type="checkbox"/> 湿疹・発赤・あれ・色素沈着等の皮膚症状	9 <input type="checkbox"/> 腱反射亢進	15 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸音異常 (50:リフラクトリーセラミックファイバー 9:インジウム化合物など)		2 <input type="checkbox"/> 要指導
	4 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢の冷感	10 <input checked="" type="checkbox"/> 歯の変化			3 <input checked="" type="checkbox"/> 要精検
	5 <input type="checkbox"/> 上気道の刺激症状	11 <input type="checkbox"/> 舌の緑着色			4 <input type="checkbox"/> 要治療
	6 <input checked="" type="checkbox"/> 流涙・結膜充血等の眼の症状	12 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行困難・パーキンソン様症状			