



申込み団体		雇用年月日 (西暦)		受付番号
氏名	性別	生年月日		検診月日

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**

<b>検診区分</b>		<b>業務歴</b>		<b>既往歴および現病歴</b>				<b>既往</b>		<b>治療中</b>	
1 <input checked="" type="checkbox"/> 定期		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ドライアイ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7 関節リウマチ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 <input checked="" type="checkbox"/> 配置前		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ヶ月		2 眼精疲労	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8 関節炎	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>自覚症状</b>		時々ある		良くある 症状が強い		3 弱視	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9 髄膜炎	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1 眼の疲れ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				4 斜視	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10 頸椎症	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 眼の痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				5 白内障	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	11 椎間板症	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 眼の乾き	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				6 緑内障	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 中心性網膜症	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 眼の充血	<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・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"/>									
<b>作業休止時間について</b> (規則的に行っている場合はご記入ください。)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 分作業につき		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 分休止			
<b>職場以外でのパソコン等の使用について</b> (使用している場合はご記入ください。)		1日平均		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 時間		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 分	
<b>情報機器作業時の状況について</b>		<p>「検診区分」は該当箇所に✓をご記入ください。</p> <p>「作業区分」は作業の例を確認の上、該当箇所に✓をご記入ください。</p> <p>「自覚症状」「既往歴及び現病歴」「情報機器作業時の状況について」該当があれば✓をご記入ください。</p> <p><b>○</b>は数字をご記入ください。 左詰で、空欄の0の記入は不要です。 例) 6時間00分の場合 → 「6」時間のみの記入</p>									
機構記入欄	近点距離検査 (単位: cm)	右	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		平均	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

受付番号

氏名

26

裏

### 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   月から
- 3 令和    年   月から

#### 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

機構記入欄

	右	左
250Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB
500Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB
1000Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB
2000Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB
3000Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB
4000Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB
6000Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB
8000Hz	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dB

医師記入欄

- 1  所見なし
- 2  聴覚機能の低下

#### 指導区分

- 1  要観察
- 2  要指導
- 3  要精検

「検診区分」は該当箇所に✓をご記入ください。

「既往歴」「自覚症状」該当があれば✓をご記入ください。

**○** は数字をご記入ください。  
 左詰で、空欄の0の記入は不要です。  
 例) 6時間00分の場合  
 → 「6」時間のみの記入