



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。

有機溶剤健康診断

検診区分		業務名コード	既往歴	業務歴
1 <input checked="" type="checkbox"/> 雇入れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	1, 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月	2, 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月
2 <input checked="" type="checkbox"/> 配置替え	2 <input checked="" type="checkbox"/> あり		3, 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月	
3 <input checked="" type="checkbox"/> 定期				
自覚症状		医師記入欄		指導区分
1 <input checked="" type="checkbox"/> 頭が重い	7 <input checked="" type="checkbox"/> 腹痛	14 <input checked="" type="checkbox"/> 手足の震え	1 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし	1 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察
2 <input checked="" type="checkbox"/> 頭痛	8 <input checked="" type="checkbox"/> 体重減少	15 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻・喉または目の刺激症状	2 <input checked="" type="checkbox"/> 振戦	2 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導
3 <input checked="" type="checkbox"/> めまい	9 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓がドキドキする	16 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚または粘膜の異常	3 <input checked="" type="checkbox"/> 上気道または目の刺激症状	3 <input checked="" type="checkbox"/> 要精検
4 <input checked="" type="checkbox"/> 悪心	10 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠	17 <input checked="" type="checkbox"/> 手足の痛み	4 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚または粘膜の異常	4 <input checked="" type="checkbox"/> 要治療
5 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐	11 <input checked="" type="checkbox"/> 不安感	18 <input checked="" type="checkbox"/> 手足のしびれや感覚の異常	5 <input checked="" type="checkbox"/> 膝蓋腱・アキレス腱反射異常	
6 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振	12 <input checked="" type="checkbox"/> あせり、イラつき感	19 <input checked="" type="checkbox"/> 握力減退		
	13 <input checked="" type="checkbox"/> 集中力の低下	20 <input checked="" type="checkbox"/> 視力低下		

特定化学物質・新特定化学物質健康診断

検診区分		既往歴	業務歴
1 <input checked="" type="checkbox"/> 雇入れ	1 <input checked="" type="checkbox"/> なし	1, 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月	2, 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月
2 <input checked="" type="checkbox"/> 配置替え	2 <input checked="" type="checkbox"/> あり	3, 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月	
3 <input checked="" type="checkbox"/> 定期			
皮膚症状	脳・神経症状	呼吸器・胸部症状	眼症状
1 <input checked="" type="checkbox"/> 黄疸	15 <input checked="" type="checkbox"/> 不安感	28 <input checked="" type="checkbox"/> 咳や痰が出る	41 <input checked="" type="checkbox"/> 眼の痛み
2 <input checked="" type="checkbox"/> かゆみ			
3 <input checked="" type="checkbox"/> 発赤			
4 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚炎			
5 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚色			
6 <input checked="" type="checkbox"/> 手足の			
7 <input checked="" type="checkbox"/> いぼ			
8 <input checked="" type="checkbox"/> にきび			
口腔症状			
9 <input checked="" type="checkbox"/> 歯の変			
10 <input checked="" type="checkbox"/> 舌の綺			
11 <input checked="" type="checkbox"/> 味覚変			
12 <input checked="" type="checkbox"/> 唾液か			
13 <input checked="" type="checkbox"/> 声のか			
14 <input checked="" type="checkbox"/> 口内炎			

「検診区分」は該当箇所に✓をご記入ください。

「既往歴」は該当箇所に✓をご記入ください。

「自覚症状」「各症状」は該当があれば✓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) 平成10年5月の場合は
→ 「2」「10年5月」と記入

分
観察
指導
精検
治療

受付番号

氏名

24



鉛健康診断

検診区分

- 1 雇入れ
- 2 配置替え
- 3 定期

業務名コード

8	8	8	8
---	---	---	---

既往歴

- 1 なし
- 2 あり

業務歴

1, 昭和

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月から

2, 平成

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月まで

3, 令和

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月まで

自覚症状

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

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 顔面蒼白

指導区分

- 1 要観察
- 2 要指導
- 3 要精検
- 4 要治療

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

8	8	8	8
---	---	---	---

既往歴

- 1 なし
- 2 あり

業務歴

1, 昭和

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月から

2, 平成

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月まで

3, 令和

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 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直し番号】

「検診区分」は該当箇所に✓をご記入ください。

「既往歴」は該当箇所に✓をご記入ください。

「自覚症状」は該当があれば✓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) 平成10年5月の場合は → 「2」 「10年5月」と記入

検診区分

- 1 雇入れ
- 2 配置替え
- 3 定期

業務名コード

8	8	8	8
---	---	---	---

既往歴

- 1 なし
- 2 あり

業務歴

1, 昭和

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月から

2, 平成

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月まで

3, 令和

8	8	8
---	---	---

 年

8	8
---	---

 月まで

自覚症状

- 1 関節痛
- 2 手足の動きが悪い
- 3 耳鳴り

医師記入欄

1 所見なし

- 2 四肢の運動機能低下

指導区分

- 1 要観察
- 2 要指導
- 3 要精検
- 4 要治療