

健診日: 年 月 日

じん肺健康診断 問診票

No _____

フリガナ

氏名 _____

男 ・ 女 _____

年齢 _____

歳 _____

★ 次の質問にお答えください。□は■塗りつぶしてください。

<p>1 粉じんを吸入する業務に従事していますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> これから作業に入る <input type="checkbox"/> 作業に従事している</p>
<p>現在の職業、作業内容等をお知らせください。</p>	
<p>2 今までにじん肺健康診断を受けたことがありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>上記で「はい」の方に伺います。 じん肺健康診断の結果、肺活量検査が必要と言われたことがありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 結果 ()</p>
<p>3 今までに肺の病気で治療したことがありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 胸膜炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支拡張症 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>4 今までに心臓の病気で治療したことがありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>5 たばこは吸いますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前、吸っていた } 1日 _____ 本 <input type="checkbox"/> いいえ } _____ 歳から _____ 歳まで</p>
<p>6 下記のような症状はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 動くと呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> 休んでいても呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> 動悸がする</p>	<p><input type="checkbox"/> 下記の症状はない</p> <p><input type="checkbox"/> せきがよく出る <input type="checkbox"/> たんがよく出る <input type="checkbox"/> むくみがある</p>
<p>7 気になる症状があればお書きください。</p>	