

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。

1 粉じんを吸入する業務に従事していますか。	<input type="checkbox"/> これから作業に入る <input type="checkbox"/> 作業に従事している
現在の職業、作業内容等をお知らせください。	
2 今までにじん肺健康診断を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 結果 ()
3 今までに肺の病気で治療したことがありますか。	<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 ()
4 今までに心臓の病気で治療したことがありますか。	<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 ()
5 たばこは吸いますか。	<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
6 下記のような症状はありますか。 <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	<input type="checkbox"/> 下記の症状はない <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
7 気になる症状があればお書きください。	