

フリガナ

氏名

男 ・ 女

年齢

歳

★ 次の質問にお答え下さい。□は■塗りつぶして下さい。

1	今回の健康診断の種類をお知らせください。	<input type="checkbox"/> 有機溶剤健康診断 →2~4へ <input type="checkbox"/> 特化物健康診断 →5・6へ <input type="checkbox"/> 有機溶剤健康診断及び特化物健康診断 →2~6へ																																																						
2	有機溶剤を扱う業務には従事していますか。	<input type="checkbox"/> これから作業に入る <input type="checkbox"/> 作業に従事している → 作業工程の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 従事していない(ここ6カ月間)																																																						
3	上記「■作業に従事している」の方はお答えください。 通常作業での平均的な使用時間と頻度	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">1回</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">時間</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">週</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">・</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">・</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>使用時間や頻度(6カ月前と比較)</td> <td style="text-align: center;">増えた</td> <td style="text-align: center;">減った</td> <td style="text-align: center;">変わらない</td> <td></td> <td style="text-align: center;">わからない</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>作業時の局所排気装置の使用</td> <td style="text-align: center;">常時使用</td> <td style="text-align: center;">時々使用</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">設置なし</td> </tr> <tr> <td>呼吸用保護具の使用</td> <td style="text-align: center;">常時使用</td> <td style="text-align: center;">時々使用</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">設置なし</td> </tr> <tr> <td>手袋・メガネ・防護衣等の使用</td> <td style="text-align: center;">常時使用</td> <td style="text-align: center;">時々使用</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">設置なし</td> </tr> <tr> <td>化学物質の大量ばく露</td> <td style="text-align: center;">ばく露があった</td> <td style="text-align: center;">ばく露はなかった</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">わからない</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">※ばく露とは、「化学物質を吸入したり、化学物質に触れたりすること」です。</p>		1回	時間	週	・	月	・	年	回	使用時間や頻度(6カ月前と比較)	増えた	減った	変わらない		わからない				作業時の局所排気装置の使用	常時使用	時々使用	設置なし						呼吸用保護具の使用	常時使用	時々使用	設置なし						手袋・メガネ・防護衣等の使用	常時使用	時々使用	設置なし						化学物質の大量ばく露	ばく露があった	ばく露はなかった	わからない					
	1回	時間	週	・	月	・	年	回																																																
使用時間や頻度(6カ月前と比較)	増えた	減った	変わらない		わからない																																																			
作業時の局所排気装置の使用	常時使用	時々使用	設置なし																																																					
呼吸用保護具の使用	常時使用	時々使用	設置なし																																																					
手袋・メガネ・防護衣等の使用	常時使用	時々使用	設置なし																																																					
化学物質の大量ばく露	ばく露があった	ばく露はなかった	わからない																																																					
4	下記のような症状はありますか。	<input type="checkbox"/> 下記の症状はない <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 作業中に頭が重くなったり、痛くなったりする。 <input type="checkbox"/> 作業中に眩暈がしたり、立ちくらみする。 <input type="checkbox"/> 吐き気がしたり、吐いたりする。 <input type="checkbox"/> 食欲がなくなったり、お腹が痛くなる。 <input type="checkbox"/> やせてきた。 <input type="checkbox"/> 心臓がドキドキする。 <input type="checkbox"/> 寝付きが悪く、寝てもすぐに目が覚める。 <input type="checkbox"/> なんとなく色々なことが気になる。 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> この頃、物事に熱中できない。 <input type="checkbox"/> 手足が震える。 <input type="checkbox"/> 作業中に眼・鼻・喉が痛くなり、涙・鼻水・咳が出る事がある。 <input type="checkbox"/> 手が荒れたり、ひびわれたり、まげやすい。 <input type="checkbox"/> 手足がしびれたり、痛みがある。 <input type="checkbox"/> 手足に力が入りにくい。 <input type="checkbox"/> 目がかすんだり、ものが見えにくい。 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 作業中に頭が重くなったり、痛くなったりする。 <input type="checkbox"/> 作業中に眩暈がしたり、立ちくらみする。 <input type="checkbox"/> 吐き気がしたり、吐いたりする。 <input type="checkbox"/> 食欲がなくなったり、お腹が痛くなる。 <input type="checkbox"/> やせてきた。 <input type="checkbox"/> 心臓がドキドキする。 <input type="checkbox"/> 寝付きが悪く、寝てもすぐに目が覚める。 <input type="checkbox"/> なんとなく色々なことが気になる。	<input type="checkbox"/> この頃、物事に熱中できない。 <input type="checkbox"/> 手足が震える。 <input type="checkbox"/> 作業中に眼・鼻・喉が痛くなり、涙・鼻水・咳が出る事がある。 <input type="checkbox"/> 手が荒れたり、ひびわれたり、まげやすい。 <input type="checkbox"/> 手足がしびれたり、痛みがある。 <input type="checkbox"/> 手足に力が入りにくい。 <input type="checkbox"/> 目がかすんだり、ものが見えにくい。																																																				
<input type="checkbox"/> 作業中に頭が重くなったり、痛くなったりする。 <input type="checkbox"/> 作業中に眩暈がしたり、立ちくらみする。 <input type="checkbox"/> 吐き気がしたり、吐いたりする。 <input type="checkbox"/> 食欲がなくなったり、お腹が痛くなる。 <input type="checkbox"/> やせてきた。 <input type="checkbox"/> 心臓がドキドキする。 <input type="checkbox"/> 寝付きが悪く、寝てもすぐに目が覚める。 <input type="checkbox"/> なんとなく色々なことが気になる。	<input type="checkbox"/> この頃、物事に熱中できない。 <input type="checkbox"/> 手足が震える。 <input type="checkbox"/> 作業中に眼・鼻・喉が痛くなり、涙・鼻水・咳が出る事がある。 <input type="checkbox"/> 手が荒れたり、ひびわれたり、まげやすい。 <input type="checkbox"/> 手足がしびれたり、痛みがある。 <input type="checkbox"/> 手足に力が入りにくい。 <input type="checkbox"/> 目がかすんだり、ものが見えにくい。																																																							
5	特定化学物質を扱う業務には従事していますか。	<input type="checkbox"/> これから作業に入る <input type="checkbox"/> 作業に従事している → 作業工程の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 従事していない(ここ6カ月間)																																																						
6	上記「■作業に従事している」の方はお答えください。 通常作業での平均的な使用時間と頻度	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">1回</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">時間</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">週</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">・</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">・</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>使用時間や頻度(6カ月前と比較)</td> <td style="text-align: center;">増えた</td> <td style="text-align: center;">減った</td> <td style="text-align: center;">変わらない</td> <td></td> <td style="text-align: center;">わからない</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>作業時の局所排気装置の使用</td> <td style="text-align: center;">常時</td> <td style="text-align: center;">時々</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>呼吸用保護具の使用</td> <td style="text-align: center;">常時</td> <td style="text-align: center;">時々</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>手袋・メガネ・防護衣等の使用</td> <td style="text-align: center;">常時</td> <td style="text-align: center;">時々</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>化学物質の大量ばく露</td> <td style="text-align: center;">ばく露があった</td> <td style="text-align: center;">ばく露はなかった</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">わからない</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">※ばく露とは、「化学物質を吸入したり、化学物質に触れたりすること」です。</p>		1回	時間	週	・	月	・	年	回	使用時間や頻度(6カ月前と比較)	増えた	減った	変わらない		わからない				作業時の局所排気装置の使用	常時	時々	なし						呼吸用保護具の使用	常時	時々	なし						手袋・メガネ・防護衣等の使用	常時	時々	なし						化学物質の大量ばく露	ばく露があった	ばく露はなかった	わからない					
	1回	時間	週	・	月	・	年	回																																																
使用時間や頻度(6カ月前と比較)	増えた	減った	変わらない		わからない																																																			
作業時の局所排気装置の使用	常時	時々	なし																																																					
呼吸用保護具の使用	常時	時々	なし																																																					
手袋・メガネ・防護衣等の使用	常時	時々	なし																																																					
化学物質の大量ばく露	ばく露があった	ばく露はなかった	わからない																																																					

以下は医師が記入します。(有機溶剤健康診断)

◆ 手の振戦	なし	あり	◆ 皮膚/粘膜の異常	なし	あり
◆ 知覚異常	なし	あり	◆ 膝蓋腱・アキレス腱反射	(消失 ・ 減弱 ・ 正常)	