

有機溶剤受診票記入例

A4用紙両面です（裏面もありますのでご記入下さい）

特殊検診受診票(有機溶剤)		検診日	令和3年1月1日	コース	
表面					
フリガナ	ソコウ タロウ				
氏名	総合 太郎				
個人番号	123456				
生年月日	昭和52年8月1日	年齢 / 性別	45歳 / 男		
検診時期	<input type="checkbox"/> 雇入れ	<input checked="" type="checkbox"/> 配置替え	<input type="checkbox"/> 定期		
記入見本	既往歴 使用している有機溶剤に関連した既往歴の名称を記入して下さい。				
赤枠囲いの問診事項を記入してください					
有機溶剤による既往歴					
作業条件の調査					
通常作業での平均的な使用頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 5	日/週	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 8	時間/日
作業工程の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わからない		
取扱量・使用頻度の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> 変わらない		
局所排気装置の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 常に使用	<input type="checkbox"/> 時々使用	<input type="checkbox"/> わからない		
保護具の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 常に使用	<input type="checkbox"/> 時々使用	<input type="checkbox"/> わからない		
使用保護具	<input checked="" type="checkbox"/> 保護手袋	<input checked="" type="checkbox"/> 防毒・防塵マスク	<input type="checkbox"/> その他の保護具		
当該化学物質に大量ばく露の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> わからない		
自覚・他覚症状					
特になし	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚	食欲不振	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚
頭重	<input checked="" type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚	腹痛	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚
頭痛	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚	体重減少	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚
めまい	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚	心悸亢進	<input checked="" type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚
悪心	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚	不眠	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚
嘔吐	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚	不安感	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚
			四肢末端部の疼痛	<input type="checkbox"/> 自覚	<input checked="" type="checkbox"/> 他覚

黒塗の箇所は記入する必要はありません
氏名、生年月日等に間違いがないかご確認
をお願いします。

既往歴
使用している有機溶剤に関連した既往歴の名称を記入して下さい。

赤枠囲いの問診事項を記入してください

作業条件の調査
該当する欄に○を入れて下さい。
不明な点は担当者へご確認下さい。

自覚症状
該当する自覚症状の欄に○を入れて下さい。
複数可

裏面

業務歴	作業コード	年数
	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="9"/>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="1"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="8"/> 年 <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="8"/> ヶ月

作業コードの欄には下の一覧表より該当する作業のコード(数字)を記入して下さい

左の年数の欄には従事した期間を記入して下さい

作業コード一覧表

01 (イ) 有機溶剤自体を製造する作業	07 (ト) 有機溶剤を塗布したものの接着
02 (ロ) 商品を製造する際に有機溶剤を使う作業	08 (チ) 洗浄、払拭
03 (ハ) 印刷	09 (リ) 塗装
04 (ニ) 文字の書き込みや描画	10 (ヌ) 乾燥
05 (ホ) 艶出し、防水などの加工	11 (ル) 試験、研究
06 (ヘ) 接着するための塗布	12 (ヲ) 有機溶剤を入れていたタンクの中での作業

《記入について注意事項》

記入に際しましては、ボールペンで記入をお願いします

赤(黒以外の色あり)ペンは機械が読み取れませんので使用しないで下さい。

記入例：

あり なし

又は

あり なし

修正する場合：

あり なし

□枠をはみだすように二重線をひいて下さい