

# 有機溶剤健康診断

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女

生年月日： T S H 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) 緊急連絡先： ( \_\_\_\_\_ )

## 問 診

- I. 扱っている有機溶剤の種類と年数 ( \_\_\_\_\_ )
- II. 有機溶剤による健康障害の既往歴 なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )
- III. 有機溶剤による自覚症状または他覚症状の既往歴 なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )
- IV. 自覚症状 (通常認められるもの) なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )
- 自覚症状 (有機溶剤によると思われるもの) なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

### 自覚症状項目

- |                |              |            |         |                  |
|----------------|--------------|------------|---------|------------------|
| 1.頭重、          | 2.頭痛、        | 3.めまい、     | 4.悪心、   | 5.嘔吐、            |
| 6.食欲不振、        | 7.腹痛、        | 8.体重減少、    | 9.心悸亢進、 | 10.不眠、           |
| 11.不安感         | 12.焦燥感、      | 13.集中力の低下、 | 14.振戦、  | 15.上気道または眼の刺激症状、 |
| 16.皮膚または粘膜の異常、 | 17.四肢末端部の疼痛、 | 18.知覚異常、   |         |                  |
| 19.握力減退、       | 20.視力低下、     | 21 その他     |         |                  |

- V. 本日は有機溶剤を取り扱いましたか (勤務終了後ですか) はい ・ いいえ
- VI. トルエンを扱っている方は、イチゴやすもも、栄養ドリンク、清涼飲料水を摂取しましたか  
はい ・ いいえ

## 診 察

- 眼 結膜貧血、結膜充血 なし ・ あり
- 皮膚 乾燥、落 、皮膚炎の所見 なし ・ あり
- 手指・手掌 有機溶剤付着 (直接手で触れていないか) なし ・ あり
- 手指震戦 なし ・ あり
- 下肢腱反射異常 なし ・ あり

- 問診 自覚症状があれば以下のことを確認し、有機溶剤と自覚症状の関連性があるかどうか判断
- ・症状が作業中または作業に関連して起こっているか？
  - ・症状が一過性であるか、持続性であるか？
  - ・症状が一定であるか、進行性であるか？