

特定化学物質等健康診断

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： (_____)

特定化学物質名： 塩素化ビフェニル (PCB)

問 診

業務歴 (_____)

既往歴 *塩素化ビフェニルによる皮膚症状、肝障害等

なし

あり (_____)

自覚症状 *食欲不振、脱力感等

なし

あり (_____)

作業条件 (_____)

診 察

皮膚所見 *毛嚢性挫創、皮膚の黒変等

なし

あり (_____)

検 査

尿ウロビリノーゲン (_____)