

# 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  
( )

問 診  
業務歴 ( )

既往歴 なし ・ あり ( )

自覚症状 なし ・ あり ( )  
例：頭痛・頭重 腹痛 悪心・嘔吐 食欲不振 めまい 不眠 不安焦燥感 動悸 息切れ  
視力低下 喉や眼の刺激症状 皮膚の痒み・痛み 握力低下 体力低下 集中力低下 等

作業条件 (シアン化カリウム、シアン化水素、シアン化ナトリウム)  
( )

以下は診察時に記入します

診 察  
皮膚所見 (PCB、ベリリウム、ベンゾトリクロリド、アクリルアミド、アルキル水銀化合物、エチレンイミン、クロム酸、  
重クロム酸、ニッケル化合物、砒素、コールタール、酸化プロピレン、臭化メチル、トリレンジイソシアネート、  
弗化水素、パータプロピオラクトン、ペンタクロルフェノール、沃化メチル、硫酸ジメチル)  
なし ・ あり ( )

鼻腔所見 (クロム酸、重クロム酸、ニッケル化合物、砒素)  
なし ・ あり ( )

カドミウム黄色環 (カドミウム)  
なし ・ あり

肝または脾の腫大 (塩化ビニル)  
なし ・ あり