

鉛健康診断

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

鉛業務の経歴 ()

既往歴 なし ・ あり ()

自覚症状 作業を行うことにより、自覚症状はありますか？

なし ・ あり 以下の症状で当てはまるものに○をつけてください



1. 消化器症状 (食欲不振 ・ 便秘 ・ 腹部の不快感 ・ 腹部の疼痛)
2. 末梢神経症状 (四肢の伸筋麻痺 ・ 四肢の知覚異常)
3. 関節痛 ()
4. 筋肉痛
5. 皮膚色蒼白
6. 疲れやすい
7. 倦怠感
8. 睡眠障害
9. 焦燥感 (そわそわあせる)
10. その他 ()

問診はここまでとなります。ご記入ありがとうございます。受付に提出し検査までお待ちください。

診 察

診察所見 なし ・ あり ()