

# 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： 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： 溶接ヒューム 及び 塩基性酸化マンガン

## 問 診

業務歴 ( \_\_\_\_\_ )

既往歴・自覚症状：以下の□の中に該当するものがあれば あり の ( ) に記入する

せき、たん、仮面様顔ぼう、膏顔、流涎、発汗異常、手指の振戦、書字拙劣、歩行障害、不随意性運動障害、発語異常等のパーキンソン症候群様症状

既往歴 なし  
あり ( \_\_\_\_\_ )  
ありの場合、それは特定化学物質によるものですか はい ・ いいえ

自覚症状 なし  
あり ( \_\_\_\_\_ )

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

皮膚所見 なし  
あり ( \_\_\_\_\_ )

## 検 査

握力 右 ( \_\_\_\_\_ ) k g  
左 ( \_\_\_\_\_ ) k g