

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