

有機溶剤健康診断

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

- I. 扱っている有機溶剤の種類と年数 (_____)
II. 有機溶剤による健康障害の既往歴 なし ・ あり (_____)
III. 有機溶剤による自覚症状または他覚症状の既往歴 なし ・ あり (_____)
IV. 自覚症状 (通常認められるもの) なし ・ あり (_____)
自覚症状 (有機溶剤によると思われるもの) なし ・ あり (_____)

自覚症状項目

- | | | | | |
|----------------|--------------|------------|---------|------------------|
| 1.頭重、 | 2.頭痛、 | 3.めまい、 | 4.悪心、 | 5.嘔吐、 |
| 6.食欲不振、 | 7.腹痛、 | 8.体重減少、 | 9.心悸亢進、 | 10.不眠、 |
| 11.不安感 | 12.焦燥感、 | 13.集中力の低下、 | 14.振戦、 | 15.上気道または眼の刺激症状、 |
| 16.皮膚または粘膜の異常、 | 17.四肢末端部の疼痛、 | | | 18.知覚異常、 |
| 19.握力減退、 | 20.視力低下、 | 21 その他 | | |

- V. 本日は有機溶剤を取り扱いましたか (勤務終了後ですか) はい ・ いいえ
VI. トルエンを扱っている方は、イチゴやすもも、栄養ドリンク、清涼飲料水を摂取しましたか
はい ・ いいえ

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

- 眼 結膜貧血、結膜充血 なし ・ あり
皮膚 乾燥、落 、皮膚炎の所見 なし ・ あり
手指・手掌 有機溶剤付着 (直接手で触れていないか) なし ・ あり
手指震戦 なし ・ あり
下肢腱反射異常 なし ・ あり

- 問診 自覚症状があれば以下のことを確認し、有機溶剤と自覚症状の関連性があるかどうか判断
・症状が作業中または作業に関連して起こっているか？
・症状が一過性であるか、持続性であるか？
・症状が一定であるか、進行性であるか？