

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)
()

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 (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、エチレンジイミン、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、ベ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