

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 (業務内容： 年数：)

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)
()

以下は診察時に記入します

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altar、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、パ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