

有機溶剤健診 問診票

市川東ヘルスクリニック

受診コード	
-------	--

受診者名	J-ス名				
	性別		生年月日		年齢

下記の質問で当てはまる項目の□にレ(チェック)をつけてください。

1. 作業中に頭が重くなることがある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
2. 作業中に頭が痛くなることがある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
3. 作業中にめまい・立ちくらみがある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
4. 作業中に吐き気がある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
5. 作業中に吐いたことがある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
6. 最近食欲がなくなった。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
7. お腹が痛くなることがある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
8. 痩せてきた。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
9. 心臓がドキドキする。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
10. 寝つきが悪い、寝てもすぐ目が覚める。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
11. 色々なことが気にかかる。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
12. イライラする。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
13. 物事に集中出来ない。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
14. 手足が震える。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
15. 作業中に目・鼻・喉が痛く涙や鼻水が出る。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
16. 手の皮膚があれたりひび割れする。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
17. 手足の先に痛みがある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
18. 手足がいつもしびれている。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
19. 手に力が入りにくい。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
20. 目がかすむ。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

『医師記入欄』	<input type="checkbox"/> 異常なし
20. 膝蓋腱反射	<input type="checkbox"/> 異常あり