有機溶剤健診　問診票

市川東ヘルスクリニック

受診ｺｰﾄﾞ	

受診者名		ｺｰｽ名					
		性別		生年月日		年齢	

下記の質問で自覚症状についてあてはまる項目に○印をつけてください。
・自覚症状がない場合は自覚症状なし□にレチェックを入れてください。

下記1～22について　自覚症状なし□

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　21.視力低下　22.その他

作業条件の簡易な調査における問診票

最近6ヶ月間の間のあなたの職場や作業での化学物質ばく露に関する以下の質問にお答えください。(注:ばく露とは化学物質を吸収したり、化学物質に触れること)

23.該当する化学物質について、平均的な使用頻度をお答えください。
（　　時間/日）（　　日/週）
24.作業工程や取扱量等に変更はありましたか？
・作業工程の変更　⇒　有　・　無　・わからない
・取扱量・使用頻度⇒　増えた・減った・変わらない・わからない
25.局所排気装置を作業時に使用していますか？
常に使用している　・　時々使用している　・設置されていない
26.保護具を使用していますか？
常に使用している　・　時々使用している　・使用していない
※使用している場合⇒保護具の種類(　　)
27.事故や修理等で、当該化学物質に大量にばく露したことがありましたか？
あった　・　なかった　・　わからない

『医師記入欄』

20.　腱反射　□　異常なし　□　異常あり