

# 記入例

※この用紙はコンピュータで処理しますので折った

**黒の鉛筆がツァ-フﾟﾟソをご使用ください。**

## 有機溶剤受診票

受診番号

**緑の枠内をご確認ください。**

|     |      |    |  |
|-----|------|----|--|
| 会社名 | フリガナ |    |  |
| 氏名  | 氏名   |    |  |
| 所属名 | 生年月日 | 性別 |  |

雇入れ：雇われた際に初めて受ける場合  
配置換え：有機溶剤を扱う業務に異動した場合  
定期：前回と同様の業務の場合  
該当する分類に縦線  をご記入ください。

実施分類

|                              |                               |                             |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 雇入れ | <input type="checkbox"/> 配置換え | <input type="checkbox"/> 定期 |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

有機溶剤による病歴の有無を選んで縦線  をご記入ください。

折らない  
すき間をきける

|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

前回受診時までの従事年数

|           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|
| 以前の会社(団体) | 現在の会社(団体) | 前回受診時の業務名 |
| 年 月       | 年 月       |           |

**黒点線枠内記入不要**

- 業務名
- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 01. 塗過・混合・注入等(1) | 07. 接着(7)       |
| 02. 染料・医薬品等(2)   | 08. 洗浄・払拭(8)    |
| 03. 印刷(3)        | 09. 塗装(9)       |
| 04. 文字描画(4)      | 10. 付着物乾燥(10)   |
| 05. つや出し・防水(5)   | 11. 試験・研究(11)   |
| 06. 塗布(6)        | 12. タンク内部作業(12) |

従事年数

|           |           |               |
|-----------|-----------|---------------|
| 以前の会社(団体) | 現在の会社(団体) | 業務名           |
| 年 月       | 年 月       | (右記よりお選びください) |

### 【作業条件の簡易

有機溶剤を使用している(いた)「年数」をご記入ください。また、業務名は青枠内から選択し「番号」をご記入ください。

作業時間

|  |                                    |                               |  |                              |                             |                              |   |  |      |
|--|------------------------------------|-------------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|--|------|
| <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> 時間/日 | <input type="text" value="8"/> 日/週 | <input type="checkbox"/> 無    | <input type="checkbox"/> 有                 | <input type="checkbox"/> マスク | <input type="checkbox"/> 眼鏡 | <input type="checkbox"/> 保護衣 | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> cm | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> | 管理区分 |
| <input type="checkbox"/> 手袋  | <input type="checkbox"/> クリーム      | <input type="checkbox"/> 局所排気 | <input type="checkbox"/> mg/m <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> ppm | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3  |  |      |

物質を扱う時間・頻度をご記入ください。時間は30分毎「0.5」

前回健診以降の作業条件の変化についてどちらかに縦線  をご記入ください。

使用している保護具を選び縦線  をご記入ください。

青枠内で不明点は会社担当者へご確認ください。

※点線枠内は記入しないでください。

検査No.  代謝物  眼底 右  左

【有機溶剤による自覚症状】

|                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. 特になし  | <input type="checkbox"/> 02. 頭重 | <input type="checkbox"/> 03. 頭痛   | <input type="checkbox"/> 05. 悪心 | <input type="checkbox"/> 06. 嘔吐  | <input type="checkbox"/> 07. 食欲不振   |
| <input type="checkbox"/> 08. 腹痛    | <input type="checkbox"/> 体重減少   | <input type="checkbox"/> 10. 心悸亢進 | <input type="checkbox"/> 不安感    | <input type="checkbox"/> 13. 焦燥感 | <input type="checkbox"/> 14. 集中力の低下 |
| <input type="checkbox"/> 15. 上気管支炎 | <input type="checkbox"/> 咳嗽症状   | <input type="checkbox"/> 16. 視力低下 |                                 |                                  |                                     |

【有機溶剤による他覚症状】

|                                   |                                |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. 特になし | <input type="checkbox"/> 2. 振戦 | <input type="checkbox"/> 3. 結膜の異常 | <input type="checkbox"/> 04. 四肢末端 | <input type="checkbox"/> 05. 知覚異常 |
| <input type="checkbox"/> 06. 肺蓋   | <input type="checkbox"/> 反射異常  | <input type="checkbox"/> 99. その他  |                                   |                                   |

備考

記入漏れがないよう、ご協力よろしくお願いいたします。

