※この用紙はコンピュータで処理

黒の鉛筆かｼｬｰﾌﾟﾍﾟﾝをご使用ください。

特定化学物質健康診断 受診票

記入例（表）

受付

緑の枠内をご確認ください。

会社名　　氏　名

所属名　　生年月日　　性別

従業員No.

※該当する項目に記入してください。
HBかBのシャープペンもしくは鉛筆で記入

記入例 ⇒

※環境中の当該 … 下さい。

雇入れ：雇われた際に初めて受ける場合
配置換え：化学物質を扱う業務に異動した場合
定期：前回と同じ業務の場合
配転後：化学物質を扱わない業務に異動した場合
該当する分類に縦線 | をご記入ください。

物質名							
健康診断の時期	雇入れ / 配置替え / 定期 / 配転後	雇入れ / 配置替え / 定期 / 配転後	雇入れ / 配置替え / 定期 / 配転後	雇入れ / 配置替え / 定期 / 配転後	雇入れ / 配置替え / 定期 / 配転後	雇入れ / 配置替え / 定期 / 配転後	雇入れ / 配置替え / 定期 / 配転後
過去勤務先での業務従事年数	年 / ヶ月	年	年	年	年	年	年 / ヶ月
現在の勤務先 業務内容	製造 / 取扱い / 他業務	製造 / 取扱い	製造	製造	製造	製造	製造 / 取扱い / 他業務
現在の勤務先 従事年数	年 / ヶ月						年 / ヶ月
作業時間	時間/日						時間/日
暴露の頻度	日/週	日/週	日/週	日/週	日/週	日/週	日/週
作業条件の簡易な調査 前回の特殊健康診断以降の作業条件の変化	無 / 有	無					有
呼吸用保護具等の使用状況	無 / 有 様式（ ）	無 様式（ ）					有
粒子捕集効率	%以上	%以上	%以上	%以上	%以上	%以上	%以上
当該物質発生源から距離	cm						cm
環境中の当該物質濃度に関する情報 測定	ppm						mg/m³ ppm
管理区分	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3

青枠内で分からない部分は、会社のご担当者にご確認ください。

以下の欄は記入しないでください（健診機関記入欄）

当該物質における既往歴の有無	無 / 有	無 / 有	無 / 有	無 / 有	無 / 有	無 / 有	無 / 有
備考							

**記入漏れのないよう
ご協力よろしくお願いいたします。**

黒点線枠内、記入不要

※裏面のご記入は不要です※