

有機溶剤等健康診断個人票

|                        |                          |       |       |       |       |       |       |
|------------------------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 氏名                     | 生年月日                     |       | 年 月 日 |       | 雇入年月日 | 年 月 日 |       |
|                        | 性 別                      |       | 男 ・ 女 |       |       |       |       |
| 有機溶剤業務の経歴              |                          |       |       |       |       |       |       |
| 健 診 年 月 日              | 年 月 日                    | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 齢                    | 歳                        | 歳     | 歳     | 歳     | 歳     | 歳     | 歳     |
| 1. 雇入れ 2. 配置替え 3. 定期の別 |                          |       |       |       |       |       |       |
| 健診対象有機溶剤の名称            |                          |       |       |       |       |       |       |
| 有機溶剤業務名                |                          |       |       |       |       |       |       |
| 作業条件の簡易な調査の結果          |                          |       |       |       |       |       |       |
| 有機溶剤による既往歴             |                          |       |       |       |       |       |       |
| 自覚症状                   |                          |       |       |       |       |       |       |
| 他覚症状                   |                          |       |       |       |       |       |       |
| 代謝物の検査                 | ( )                      |       |       |       |       |       |       |
|                        | ( )                      |       |       |       |       |       |       |
|                        | ( )                      |       |       |       |       |       |       |
|                        | ( )                      |       |       |       |       |       |       |
|                        | ( )                      |       |       |       |       |       |       |
| 貧血検査                   | 血色素量(g/dl)               |       |       |       |       |       |       |
|                        | 赤血球数(万/mm <sup>3</sup> ) |       |       |       |       |       |       |
| 肝機能検査                  | G O T (IU/l)             |       |       |       |       |       |       |
|                        | G P T (IU/l)             |       |       |       |       |       |       |
|                        | γ - G T P (IU/l)         |       |       |       |       |       |       |
| 眼底検査                   |                          |       |       |       |       |       |       |
| 医師が必要と認める者に行う検査        |                          |       |       |       |       |       |       |
| 作業条件の調査の結果             |                          |       |       |       |       |       |       |
| 貧血検査                   |                          |       |       |       |       |       |       |
| 肝機能検査                  |                          |       |       |       |       |       |       |
| 腎機能検査                  |                          |       |       |       |       |       |       |
| 神経学的検査                 |                          |       |       |       |       |       |       |
| その他の検査                 |                          |       |       |       |       |       |       |
| 医師の診断                  |                          |       |       |       |       |       |       |
| 健康診断を実施した医師の氏名         |                          |       |       |       |       |       |       |
| 医師の意見                  |                          |       |       |       |       |       |       |
| 意見を述べた医師の氏名            |                          |       |       |       |       |       |       |
| 備考                     |                          |       |       |       |       |       |       |