

特定化学物質健康診断個人票

氏名	生年月日		年	月	日	雇入年月日	年	月	日		
	性別		男		・	女					
業 務 名											
健康診断の時期(雇入れ・配置替え・定期)											
第 一 次 健 康 診 断	健 診 年 月 日		年	月	日	年	月	日	年	月	日
	年 齢		歳			歳			歳		
	作業条件の簡易な調査の結果										
	既 往 歴										
	検 診 又 は 検 査 の 項 目										
	医師の診断及び第二次健康診断の要否										
	健康診断を実施した医師の氏名 印		広島共立病院								
備 考											
第 二 次 健 康 診 断	健 診 年 月 日		年	月	日	年	月	日	年	月	日
	作 業 条 件										
	検 診 又 は 検 査 の 項 目										
	医 師 の 診 断										
	健康診断を実施した医師の氏名 印										
備 考											
医 師 の 意 見											
意見を述べた医師の氏名 印		広島共立病院									

業 務 の 経 歴								
現 在 の 勤 務 先 に く る 前	業 務 等	期 間	年 数	現 在 の 勤 務 先 に 来 て か ら	業 務 等	期 間	年 数	
	事 業 場 名	年 月 から	年 月		年 月	事 業 場 名	年 月 から	年 月
	業 務 名	年 月 まで			年 月	業 務 名	年 月 まで	
	事 業 場 名	年 月 から	年 月		年 月	事 業 場 名	年 月 から	年 月
	業 務 名	年 月 まで			年 月	業 務 名	年 月 まで	
	事 業 場 名	年 月 から	年 月		年 月	事 業 場 名	年 月 から	年 月
	業 務 名	年 月 まで			年 月	業 務 名	年 月 まで	
	事 業 場 名	年 月 から	年 月		年 月	事 業 場 名	年 月 から	年 月
	業 務 名	年 月 まで			年 月	業 務 名	年 月 まで	
業務に従事した期間の合計			年 月	業務に従事した期間の合計			年 月	

備考

- 1 第一次健康診断及び第二次健康診断の「検診又は検査の項目」の欄は、業務ごとに定められた項目についての検診又は検査をした結果を記載すること。
- 2 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 3 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。

★特殊健康診断のご案内(当日この用紙をご提出くだ

氏名	
ID	
企業名	

様

(1)特殊健康診断の実施

- 「溶接ヒューム」を製造しまたは取り扱う業務(屋内作業・屋外作業間いません)について特殊健康診断が必要になります。

1次検診	①業務経歴の調査 ②作業条件の簡易な調査 ③溶接ヒュームによるせき等パーキンソン症候群症状の有無の調査 ④せき等パーキンソン症候群症状の有無の調査 ⑤握力の測定
2次検診	(一次検診の結果、必要と判断された場合に実施) ①作業条件の調査 ②呼吸器に関する他覚症状等がある場合における胸部理学的検査等 ③パーキンソン症候群症状に関する神経学的検査 ④医師が必要と認める場合における尿中等のマンガン量の測定

(2)別紙「特定化学物質健康診断個人票」記入方法

- 表面の氏名・生年月日・雇用入年月日・性別・業務名・健診年月日へご記入ください。
- 溶接ヒュームによる症状があれば既往症欄にご記入ください。
(せき・たん・仮面様顔貌・膏顔・流涎・発汗異常・手指の振顫・書字拙劣・歩行障害・不随意性運動障害・発語異常等のパーキンソン症候群症状など)
- 裏面の業務経歴をご記入ください。

(3)当日の健診内容

- 握力の測定・医師による診察があります。

病院記載欄 (チェック) <input type="checkbox"/> 特殊健康診断のご案内 <input type="checkbox"/> 個人票 (表裏記載)
--