

# 有機溶剤等健康診断個人票

様式第3号(第30条関係)

事業所名

フリガナ		生年月日		事業所名										
氏名		性別	男・女											
健診年月日														
年齢		歳	歳	歳	歳	歳								
1雇入れ2配置替え3定期														
健診対象有機溶剤の名称														
有機溶剤の業務名														
有機溶剤による既往歴														
自覚症状														
他覚症状														
尿中の蛋白の検査		-	±	2+	3+	-	±	2+	3+	-	±	2+	3+	
代謝物の検査														
貧血検査	血色素量 (g/dℓ)													
	赤血球数 (万 / m³)													
	肝機能検査	GOT (AST) (IU/ ℓ)												
GPT (ALT) (IU/ ℓ)														
γ-GTP (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													
	貧血検査													
	肝機能検査													
	腎機能検査													
	神経内科学的検査													
	その他の検査													
医師の指示及び就業上の注意事項														
健康診断を実施した医師の氏名(印)														
備考														

●次回の診断に必要ですから大切に保管してください。

## 有機溶剤等健康診断問診票

有機溶剤健康診断に関する大切な問診票です。1~21まで該当する事項がありましたら、該当欄に○印をご記入ください。

問診事項	健診年月日				
1.頭が重い					
2.頭が痛い					
3.ふらふらする感じがする					
4.吐き気がする					
5.食べ物をはく					
6.食べたい気にならない					
7.お腹がいたむ					
8.やせてきた					
9.心臓がドキドキする					
10.寝付きがわるい すぐに目がさめる					
11.なんとなくいろいろなことが気にかかる					
12.イライラする					
13.仕事に集中できない					
14.手足がふるえる					
15.のどがゴワゴワする 眼がヒリヒリする					
16.皮膚があれる 口がかわく せきがよく出る					
17.手足の先がなんとなく痛い					
18.手足がしびれる					
19.握力が弱くなった					
20.眼がかすむ、見えにくい					
21.他に気になることがありますか					

有機溶剤の名称	検査内容	単位
11. キシレン	1. 尿中のメチル馬尿酸	g/1
30. N,N-ジメチルホルムアミド	1. 尿中のN-メチルホルムアミド	mg/1
35. 1,1,1-トリクロルエタン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg/1
	2. 尿中の総三塩化物	mg/1
36. トリクロルエチレン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg/1
	2. 尿中の総三塩化物	mg/1
37. トルエン	1. 尿中の馬尿酸	g/1
39. ノルマルヘキサン	1. 尿中の2,5-ヘキサンジオン	mg/1