

エチルベンゼン健康診断・問診表

健診日 平成 年 月 日

企業名		所 属	
氏 名		男 ・ 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日

質問1 症状についてお答え下さい。

1. ご自身の体調で気になる症状はありますか？（既往については◎、最近の症状は○をつけてください）

- ・ 特になし
- ・ 眼の痛み ・ 発赤 ・ せき ・ 咽頭痛 ・ 頭痛 ・ 倦怠感
- ・ 鼻腔刺激症状（鼻汁・くしゃみ・鼻閉等）

質問2 業務歴及び作業条件についてお答えください。※（ ）内に、該当する内容及び数字を記入してください。

1. エチルベンゼンを使用する業務に従事している年数 （ ）年

2. エチルベンゼンを使用する作業の内容 （ ）

3. エチルベンゼンにかかわる作業の従事時間

一日平均約（ ）時間 一ヶ月に約（ ）回

4. エチルベンゼンにかかわる作業従事の変更等

長くなった（ ）時間位 変更なし 短くなった

5. 呼吸用保護具を着けていますか

着けている 時々 着けていない

6. エチルベンゼンにかかわる作業を行う距離 （ ）m