

有機溶剤等健康診断問診表

平成 年 月 日

企業名:

氏名:

(男・女) 年齢

歳

◇他覚症状、及び自覚症状 (該当する物を○で囲んで下さい。)

・ 特になし

- | | | | |
|------------------|----------|---------------------|-----------------------|
| 1. 頭重 | 2. 頭痛 | 3. めまい | 4. 悪心 |
| 5. 嘔吐 | 6. 食欲不振 | 7. 腹痛 | 8. 体重減少 |
| 9. 心悸亢進 | 10. 不眠 | 11. 不安感 | 12. 焦燥感 |
| 13. 集中力の低下 | 14. 振戦 | 15. 上気道又は
眼の刺激症状 | 16. 皮膚又は粘膜の
異常 |
| 17. 四肢末端部
の疼痛 | 18. 知覚異常 | 19. 握力減退 | 20. 膝蓋腱・アキレス腱
反射異常 |
| 21. 視力低下 | 22. その他 | | |