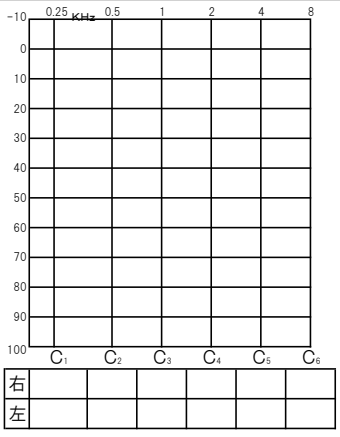
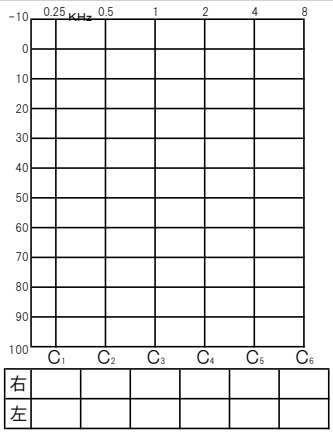
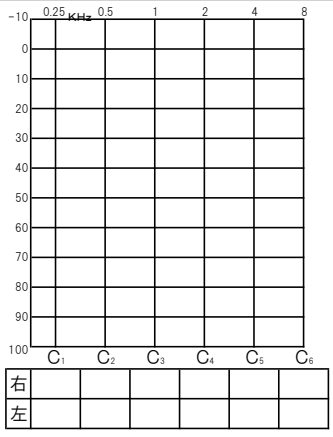
特殊健康診断個人票（騒　音）

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな		男・女	個人コード		雇入れ年月	S H　年　月	所属	
氏名			生年月日	S H　年　月　日生				

作業の種類		1. 鋲打機による鋲打ち　2. グラインダーのみによる金属削り取り　3. 金属を打撃して成型加工する 4.·空気ハンマー，蒸気ハンマーによる鍛造　5. 衝撃式穿岩機，コールカッターにより土石を掘穿する 6. 丸鋸盤による金属，木材の切断　7. 工場などで内燃機関を試運転する　8.		
(A) 作業条件	1日の騒音バクロ時間	平均　時間	平均　時間	平均　時間
	1週間の作業日数	約　日	約　日	約　日
	保護具の有無（耳栓·イヤ-マフ）	1. 使用 2. 時々 3. まれ 4. 使用せず	1. 使用 2. 時々 3. まれ 4. 使用せず	1. 使用 2. 時々 3. まれ 4. 使用せず
検査年月日				
検査番号				
検査時の年齢		満　才	満　才	満　才
(B) 経験年月	騒音作業を行った年月を記入 前職	年　月	年　月	年　月
	現職	年　月	年　月	年　月
	計	年　月	年　月	年　月
(C) 既往（現）症など	該当No.を 既往症○ 現症◎ a. 中耳炎 内耳炎 疾患	1. 中耳炎＿＿才	1. 中耳炎＿＿才	1. 中耳炎＿＿才
		2. その他	2. その他	2. その他
	d. 薬物中毒	3. SM 4. KM 5.	3. SM 4. KM 5.	3. SM 4. KM 5.
	e. 頭部外傷	6.	6.	6.
(D) 自·他覚症状	該当No.を 時々 ○ いつも◎	1. 耳なり 2. 耳が遠い 3. 耳痛 4. 耳閉感 5. めまい 6. 頭痛 7. 頭重 8. 不眠 9. 焦繰感 10. その他	1. 耳なり 2. 耳が遠い 3. 耳痛 4. 耳閉感 5. めまい 6. 頭痛 7. 頭重 8. 不眠 9. 焦繰感 10. その他	1. 耳なり 2. 耳が遠い 3. 耳痛 4. 耳閉感 5. めまい 6. 頭痛 7. 頭重 8. 不眠 9. 焦繰感 10. その他
(E) オージオグラム検査成績	a. 会話音域 $\frac{C_2+C_3+C_4}{3}$	右　dB　左　dB	右　dB　左　dB	右　dB　左　dB
	b. $\frac{C_2+C_3+C_4+C_5}{6}$	右　dB　左　dB	右　dB　左　dB	右　dB　左　dB
	右耳は○印 左耳は×印をつける			
※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				