

# コバルト健康診断・問診表

		健診日 平成 年 月 日	
企業名		所 属	
氏 名		男・女	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
- ・ せき ・ 息苦しさ ・ 息切れ ・ 喘鳴（呼吸すると、ゼイゼイまたはヒューヒューとなる）
- ・ 皮膚症状（接触性皮膚炎・じん麻疹等）

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. コバルトを使用した業務に従事している年数 ( )年

2. コバルトを使用する作業の内容 ( )

3. コバルトを使用する作業に従事する時間

一日平均約( )時間 一ヶ月に約( )回

4. コバルトを使用する作業に従事する時間の変更等の有無

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. コバルトにかかわる作業を行う距離 ( )m