

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 以下の質問にお答えください。

(1)健診の種類 ※該当するものに○をつけてください。

1. 雇い入れ 2. 配置替え 3. 定期

(2)メチルイソブチルケトンを使用する作業内容 ()

質問2 症状についてお答えください。

(1)ご自身の体調で気になる症状はありますか？

(作業中・直後に出現する症状には◎、常に存在する症状については○をつけてください。)

- ・ 特になし
- ・ せき ・ 咽頭痛 ・ めまい ・ 意識喪失 ・ 頭痛
- ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 脱力感 ・ 食欲不振 ・ 腹痛
- ・ 眼の痛み ・ 目の充血 ・ 皮膚の乾燥 ・ 発赤 ・ 痛み

(2)これまでにメチルイソブチルケトンによる中毒症状を起こしたことがありますか？(既往歴)

- ・ 特になし
- ・ あり(内容:)

質問3 業務歴及び作業

※()内に、該当する内容及び数字を記入してください。

(1)メチルイソブチルケトンを使用する業務に従事している年数 ()年 ()ヶ月

(2)メチルイソブチルケトン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

(3)メチルイソブチルケトンを使用する作業に従事する時間の変更等(前回の健診と比べて)

長くなった()時間位 ・ 変更なし ・ 短くなった

(4)保護具を使用していますか

使用あり ・ 使用なし

※ありの場合、保護具の種類について該当するものに○をつけてください。

保護具の種類【 防毒マスク ・ 手袋 ・ 保護メガネ ・ その他() 】

(5)メチルイソブチルケトンにかかわる作業を行う距離 ()m

(6)作業中にメチルイソブチルケトンにばく露することはありますか(匂いを感じることはありますか)

- ・ ある ・ 時々ある ・ ない

(7)作業中に換気装置(局所排気装置など)は作動していますか

- ・ 作動している ・ 作動していない

【医師診察】

※以下、診察医の記入欄です

1. 中枢神経系の症状 (- ・ +) ※めまい、頭痛、吐き気、脱力感
2. 皮膚症状 (- ・ +) ※皮膚の乾燥、発赤

2016.8.8改訂