

スチレン 特定化学物質健康診断問診表

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
- ・ めまい ・ 吐き気 ・ 頭痛 ・ 脱力感 ・ 意識低下
- ・ 目の充血 ・ 皮膚の発赤 ・ 喘息 ・ 呼吸困難感

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. スチレンを使用する業務に従事している年数 ()年

2. スチレンを使用する作業の内容 ()

3. スチレ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. スチレ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. 保護具を使用していますか

- ・ 常に使用している } 保護具の種類()
- ・ 時々使用している } ※ 例:防毒マスク、手袋、保護眼鏡 など
- ・ 使用していない

6. スチレンにかかわる作業を行う距離 ()m