

会社名				所属			
フリガナ				昭和 平成	年	月	日
氏名	男・女	生年月日					

I. 業務歴についてお答えください。

1	業務内容について、該当するアルファベットを選び○を付けてください。 a. 屋内作業（例：人工寒冷作業〔冷凍・冷蔵倉庫業、食品関連産業〕など） b. 屋外作業（例：土木・建築業、農林漁業、運送業 など） c. その他（例：低温物体を取り扱う作業など）
2	寒冷業務に従事している年月〔 年 月 日 〕
3	寒冷作業の従事時間 〔 1日平均約 時間 / 一連続作業時間 平均約 時間 〕
4	作業場の気温について、該当するアルファベットを選び○を付けてください。 a. $-10^{\circ}\text{C}\sim-25^{\circ}\text{C}$ b. $-26^{\circ}\text{C}\sim-40^{\circ}\text{C}$ c. $-41^{\circ}\text{C}\sim-55^{\circ}\text{C}$

II. 現病歴・既往歴について、解答欄にレ点を記入してください。また、()内の病名・症状について、該当するものに○を付けてお答えください。

No	質問内容	解答欄
1	心臓・血管の病気で、治療を受けていますか？ (狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧症)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
2	脳血管の病気で、治療を受けていますか？ (脳梗塞・脳出血)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
3	肺や気管支・鼻の病気や症状で、治療を受けていますか？ (喘息・気管支炎・慢性閉塞性肺疾患・鼻炎)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
4	関節や腰の病気や症状で、治療を受けていますか？ (腰痛・関節痛・リウマチ)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
5	内分泌代謝系の病気で、治療を受けていますか？ (甲状腺機能低下症・糖尿病)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
6	神経系の病気や症状で、治療を受けていますか？ (顔面神経麻痺・神経痛・手根管症候群)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
7	皮膚の病気や症状で、治療を受けていますか？ (寒冷じんましん・皮膚炎・発疹)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
8	※女性の方にお尋ねします。 月経困難症で治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前
9	寒冷障害の病気や症状で治療を受けていますか？ (低体温症・凍傷・しもやけ)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前

III. 最近の体調・体質について、該当するものに○を付けてください。(複数回答可)

特になし	咳	痰	鼻水	息切れ	呼吸困難感	胸痛	動悸
肩こり	関節痛	腰痛	首・肩・上肢痛	下肢痛	こわばり	目のかすみ	
手足のしびれ	神経痛	手足の冷え	しもやけ	ふるえ	頭痛	めまい	
全身のだるさ	集中力の低下	意欲の低下	生理痛	生理不順			
寒冷に伴う皮膚の症状〈過度のかゆみ・湿疹・じんましん等〉()							

ご記入ありがとうございました。

※ご記入いただきました個人情報につきましては、健康診断以外の目的に使用することはありません。