

シアン化カリウム 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？

(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
- ・ 眼の痛み ・ 眼の充血 ・ 熱傷(やけど) ・ 焼けるような痛み
- ・ 息苦しさ、呼吸困難感 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 疲労感 ・ 倦怠感
- ・ 頭痛/頭重 ・ めまい ・ 悪心 ・ 異味 ・ 腹痛

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. シアン化カリウムを使用する業務に従事している総年数 ()年
2. シアン化カリウムを使用する作業の内容(できるだけ詳細に)
()
3. シアン化カリウム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. シアン化カリウム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
5. 保護具を使用していますか

<ul style="list-style-type: none"> ・ 常に使用している ・ 時々使用している ・ 使用していない 	}	保護具の種類() ※ 例: 防毒マスク、手袋、保護眼鏡 など
---	---	------------------------------------
6. シアン化カリウムにかかわる作業を行う距離 ()m
7. 作業中にシアン化カリウム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
8. 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