

# 騒音健康診断・問診票

健診日： 年 月 日

企業名		氏名		性別	男・女
-----	--	----	--	----	-----

質問. 病歴及び症状についてお答え下さい。(あれば○印や必要事項を記入して下さい)

1. 今までにかかった病気がありますか？

- ・特になし
- ・鼻疾患( )、・中耳炎、・外耳炎、・鼓膜欠損、・爆音障害、・頭部外傷、
- ・熱性伝染病( )、薬物中毒(ストレプトマイシン注射・ )

2. 最近、気になる症状がありますか？

- ・特になし
- ・めまい、・耳鳴、・耳閉感、・難聴感、・耳痛、・耳だれ、・頭痛、・焦燥感、・不眠症状
- ・症状の発現：就業後( )年より

3. 騒音作業の従事時間

一日平均約( )時間

4. 騒音作業従事の変更等

長くなった( )時間位 変更なし 短くなった

5. 保護具(耳栓・イヤーマフ)を着けていますか

着けている 時々 まれに 着けていない

6. 騒音作業を行なった年月

前職 年 ヶ月、現職 年 ヶ月、計 年 ヶ月

7. 作業の種類

1. 鋸打機による鋸打ち
2. グライNDERのみによる金属削り取り
3. 金属を打撃して成型加工する
4. 空気ハンマー、蒸気ハンマーによる鍛造
5. 衝撃式穿岩機、コールカッターにより土石を掘穿する
6. 丸鋸盤による金属、木材の切断
7. 工場などで内燃機関を試運転する
8. その他( )

【医師診察】

※以下、診察医の記入欄です。

・耳鼻科症状( あり ・ なし )

◎上記で「あり」の場合、内容を記載してください。

( )