

有機溶剤等健康診断個人票

氏名	生年月日		年 月 日	雇入年月日	年 月 日
	性別		男・女		
有機溶剤業務の経歴					
健診年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年齢		歳	歳	歳	歳
1. 雇入れ 2. 配置替え 3. 定期の別					
健診対象有機溶剤の名称					
有機溶剤業務名					
有機溶剤による既往歴					
自覚症状					
他覚症状					
尿中の蛋白の検査		- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++
代謝物の検査	()				
	()				
	()				
	()				
	()				
	()				
貧血検査	血色素量 (g/dl)				
	赤血球数(万/mm ³)				
肝機能検査	G O T (IU/l)				
	G P T (IU/l)				
	γ - G T P (IU/l)				
眼底検査					
医師が必要と認める者に行う検査					
作業条件の調査					
貧血検査					
肝機能検査					
腎機能検査					
神経内科学的検査					
その他の検査					
医師の診断					
健康診断を実施した医師の氏名 印					
医師の意見					
意見を述べた医師の氏名 印					
備考					