

四アルキル鉛健康診断個人票

氏名				生年月日	年月日	雇入年月日	年月日	
				性別	男・女			
健康診断	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	
神経症状 又 は 精 神 症 状	い	ら	い	ら				
	不		眠					
	悪		夢					
	食	欲	不	振				
	顔	面	蒼	白				
	倦	怠	感					
	盗		汗					
	頭		痛					
	振		戦					
	四	肢	の	腱	反	射	亢	進
	悪							心
	嘔							吐
	腹							痛
	不							安
興							奮	
記	憶	障	害					
そ	の	他						
血				圧				
血液	血色素量 (g / dl)							
	全血比重							
	好塩基点赤血球数 (個 / 1000)							
	その他							
尿	コプロポルフィリン							
	その他							
参考事項								
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								