

有機溶剤等健康診断個人票

事業所名	
所在地	

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 月 日
年 齢	歳	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		－ 十 卅 卍	－ 十 卅 卍	－ 十 卅 卍	－ 十 卅 卍
代 謝 物 の 検 査	()				
	()				
	()				
	()				
	()				
	()				
貧 血 検 査	血色素量 (g/dℓ)				
	赤血球数(万個/mm ³)				
肝機能 検 査	GOT (IU/ℓ)				
	GPT (IU/ℓ)				
	γ-GTP (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 ㊤					
医 師 の 意 見					
意見を述べた医師の氏名 ㊤					
備 考					

様式第3号（第30条関係）（裏面）

備 考

- 1 「1.雇入れ 2.配置替え 3.定期的別」の欄は、該当番号を記入すること。
- 2 「健診対象有機溶剤の名称」の欄は、労働安全衛生法施行令別表第6の2の号数を記入すること。
- 3 「有機溶剤業務名」の欄は、有機溶剤中毒予防規則第1条第1項第6号に掲げる業務の番号を記入すること。
- 4 「自覚症状」及び「他覚症状」の欄は、次の番号を記入すること。
 - 1.頭重 2.頭痛 3.めまい 4.悪心 5.嘔吐 6.食欲不振 7.腹痛 8.体重減少 9.心悸亢進 10.不眠
 - 11.不安感 12.焦燥感 13.集中力の低下 14.振戦 15.上気道又は眼の刺激症状 16.皮膚又は粘膜の異常
 - 17.四肢末端部の疼痛 18.知覚異常 19.握力減退 20.膝蓋腱・アキレス腱反射症状 21.視力低下 22.その他
- 5 「代謝物の検査」の左欄は、有機溶剤中毒予防規則第29条第3項の検査を行ったときに、別表から対象有機溶剤の番号及び名称を記入するとともに、()内には検査内容の番号を記入すること。また、単位についても、別表によること。
- 6 代謝物の検査について、有機溶剤中毒予防規則第29条第4項の規定により、医師が必要でないと認めて省略した場合には、「代謝物の検査」の欄に「＊」を記入すること。この場合、必要により備考欄にその理由等を記入すること。
- 7 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 8 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。

別 表

有機溶剤の名称	検査内容	単位
11. キシレン	1. 尿中のメチル馬尿酸	g/ℓ
30. N・N-ジメチルホルムアミド	1. 尿中のN-メチルホルムアミド	mg/ℓ
31. スチレン	1. 尿中のマンデル酸	g/ℓ
33. テトラクロルエチレン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg/ℓ
	2. 尿中の総三塩化物	mg/ℓ
35. 1・1・1-トリクロルエタン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg/ℓ
	2. 尿中の総三塩化物	mg/ℓ
36. トリクロルエチレン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg/ℓ
	2. 尿中の総三塩化物	mg/ℓ
37. トルエン	1. 尿中の馬尿酸	g/ℓ
39. ノルマルヘキサン	1. 尿中の2・5-ヘキサンジオン	mg/ℓ