

### 特殊健康診断調査表

FAX送付先番号 029-864-8585

会社名	※業務区分・受診項目<○をつけて下さい。>						
(フリガナ)							
氏名	様	1. 雇入時	(1)有機	(2)特別有機	(3)特化物	(4)行政指導	(5)その他特殊
生年月日		2. 配置換え					
	T・S・H	3. 定期					

**(1)有機溶剤** <検査する有機溶剤名をぬりつぶしてください。□→■>

<input type="checkbox"/> トルエン	<input type="checkbox"/> キシレン	<input type="checkbox"/> 1・1・1-トリクロロエタン	<input type="checkbox"/> N・N-ジメチルホルムアミド	<input type="checkbox"/> ノルマルヘキサン
<input type="checkbox"/> アセトン	<input type="checkbox"/> イソブチルアルコール	<input type="checkbox"/> イソプロピルアルコール	<input type="checkbox"/> イソペンチルアルコール	<input type="checkbox"/> 1・2-ジクロロエチレン
<input type="checkbox"/> エチレングリコールモノエチルエーテル(セロソルブ)		<input type="checkbox"/> エチレングリコールモノエチルエーテルアセート(セロソルブアセート)		
<input type="checkbox"/> エチレングリコールモノノルマル-ブチルエーテル(ブチルセロソルブ)		<input type="checkbox"/> エチレングリコールモノメチルエーテル(メチルセロソルブ)		<input type="checkbox"/> エチルエーテル
<input type="checkbox"/> オルト-ジクロロベンゼン	<input type="checkbox"/> ガソリン	<input type="checkbox"/> クレゾール	<input type="checkbox"/> クロロベンゼン	<input type="checkbox"/> 酢酸イソブチル
<input type="checkbox"/> コールタールナフサ(ソルベントナフサを含む)		<input type="checkbox"/> 酢酸イソプロピル	<input type="checkbox"/> 酢酸イソペンチル	<input type="checkbox"/> 酢酸エチル
<input type="checkbox"/> 酢酸ノルマル-ブチル	<input type="checkbox"/> 酢酸ノルマル-プロピル	<input type="checkbox"/> 酢酸ノルマル-ペンチル	<input type="checkbox"/> 酢酸メチル	<input type="checkbox"/> シクロヘキサノール
<input type="checkbox"/> シクロヘキサノン	<input type="checkbox"/> 石油エーテル	<input type="checkbox"/> 石油ナフサ	<input type="checkbox"/> 石油ベンジン	<input type="checkbox"/> テトラヒドロフラン
<input type="checkbox"/> テレピン油	<input type="checkbox"/> 二硫化炭素	<input type="checkbox"/> 1-ブタノール	<input type="checkbox"/> 2-ブタノール	<input type="checkbox"/> メタノール
<input type="checkbox"/> ミネラルスピリット(ミネラルシンナー、ペトロリウムスピリット、ホワイトスピリット、ミネラルターペンを含む)		<input type="checkbox"/> メチルエチルケトン		
<input type="checkbox"/> メチルシクロヘキサノール	<input type="checkbox"/> メチルシクロヘキサノン	<input type="checkbox"/> メチル-ノルマル-ブチルケトン		

**(2)特別有機溶剤** <検査する特殊項目をぬりつぶしてください。□→■>

※該当溶剤の濃度区分(A1、A2)に○をつけて下さい。濃度区分が不明な場合は労働基準監督署へお問い合わせ下さい。

<input type="checkbox"/> スチレン( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> テトラクロロエチレン( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> トリクロロエチレン( A1・A2 )
<input type="checkbox"/> 1・1・2・2-テトラクロロエタン( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> 1・2-ジクロロエタン( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> 1・4-ジオキサン( A1・A2 )
<input type="checkbox"/> クロロホルム( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> ジクロロメタン( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> メチルイソブチルケトン( A1・A2 )
<input type="checkbox"/> 1,2-ジクロロプロパン( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> 四塩化炭素( A1・A2 )	<input type="checkbox"/> エチルベンゼン( A1・A2 )

**(3)特定化学物質** <検査する化学物質名をぬりつぶしてください。□→■> ※従事年数記入欄があるものは年数も記入して下さい。

一類	<input type="checkbox"/> アルファ-ナフチルアミン及びその塩	<input type="checkbox"/> 塩素化ビフェニル(PCB)	<input type="checkbox"/> オルト-トリジン及びその塩	<input type="checkbox"/> ジアニジン及びその塩
	<input type="checkbox"/> ジクロロベンジジン及びその塩	<input type="checkbox"/> ベリリウム及びその化合物	<input type="checkbox"/> ベンゾトリクロリド(※従事年数 年 月)	
二類	<input type="checkbox"/> アクリルアミド	<input type="checkbox"/> アクリロニトリル	<input type="checkbox"/> アルキル水銀化合物	<input type="checkbox"/> エチレンイミン
	<input type="checkbox"/> 塩化ビニル(※従事年数 年 月)		<input type="checkbox"/> 塩素	<input type="checkbox"/> オーラミン
	<input type="checkbox"/> オルト-フタロジニトリル	<input type="checkbox"/> カドミウム又はその化合物	<input type="checkbox"/> クロム酸及びその塩(※従事年数 年 月)	
	<input type="checkbox"/> クロロメチルメチルエーテル	<input type="checkbox"/> 五酸化バナジウム	<input type="checkbox"/> コールタール(※従事年数 年 月)	
	<input type="checkbox"/> シアン化カリウム	<input type="checkbox"/> シアン化水素	<input type="checkbox"/> シアン化ナトリウム	<input type="checkbox"/> 臭化メチル
	<input type="checkbox"/> 3・3'-ジクロロ-4・4'-ジアミノジフェニルメタン	<input type="checkbox"/> 重クロム酸及びその塩(※従事年数 年 月)	<input type="checkbox"/> 水銀又はその無機化合物	
	<input type="checkbox"/> トリレンジイソシアネート	<input type="checkbox"/> ニッケル化合物	<input type="checkbox"/> ニッケルカルボニル	<input type="checkbox"/> ニトログリコール
	<input type="checkbox"/> パラ-ジメチルアミノアゾベンゼン	<input type="checkbox"/> パラ-ニトロクロロベンゼン	<input type="checkbox"/> 砒素及びその化合物(※従事年数 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 弗化水素	<input type="checkbox"/> ペーター-プロピオラクトン	<input type="checkbox"/> ベンタクロルフェノール(別名PCP)又はそのナトリウム塩	
	<input type="checkbox"/> ベンゼン	<input type="checkbox"/> マゼンタ	<input type="checkbox"/> マンガン又はその化合物	<input type="checkbox"/> 沃化メチル
	<input type="checkbox"/> 硫化水素	<input type="checkbox"/> 硫酸ジメチル	<input type="checkbox"/> 酸化プロピレン	<input type="checkbox"/> 1・1-ジメチルヒドラジン
	<input type="checkbox"/> インジウム化合物	<input type="checkbox"/> コバルト及びその無機化合物	<input type="checkbox"/> ジメチル-2,2-ジクロロビニルホスフェイト(DDVP)	
	<input type="checkbox"/> ナフタレン	<input type="checkbox"/> リフラクトリーセラミックファイバー	<input type="checkbox"/> オルト-トルイジン	<input type="checkbox"/> 三酸化ニアンチモン
	<input type="checkbox"/> 溶接ヒューム			

**(4)行政指導されている特殊健康診断** <検査する特殊項目をぬりつぶしてください。□→■>

<input type="checkbox"/> 亜硫酸ガス	<input type="checkbox"/> アルキル水銀化合物	<input type="checkbox"/> 一酸化炭素
<input type="checkbox"/> 黄りんを取り扱う業務又はりん化合物のガス	<input type="checkbox"/> クロロナフタリン	<input type="checkbox"/> 紫外線・赤外線
<input type="checkbox"/> 脂肪族の塩化又は臭化炭化水素	<input type="checkbox"/> 二硫化炭素(有機溶剤業務に係るものを除く)	<input type="checkbox"/> フェニル水銀化合物
<input type="checkbox"/> ベンゼンのニトロアミド化合物	<input type="checkbox"/> メチレンフェニルイソシアネート	<input type="checkbox"/> 騒音
<input type="checkbox"/> 有機りん剤	<input type="checkbox"/> 沃素	

**(5)その他健康診断** 《下記の項目に該当する方はぬりつぶしてください。》

- 電離放射線⇒実効線量の有無 (□有・□無)  
 実効線量有 □当日持参する □事前に送付する  
 実効線量無 (理由: )⇒ex:就業前のため・
- じん肺健診 □石綿 □鉛 □情報機器作業健診 □レーザー □その他( )
- 特定業務(業務名: )

●注意事項 ※ご記入頂いた検診項目について、当院で実施が出来ない場合がございますのでご了承下さい。  
 検査しない項目については塗りつぶさないで下さい。  
 検査内容は特に申請がない限り法定項目に準じます。  
 追加診察料等いただく項目もございますので、  
 各個人でご記入いただく場合は、ご担当者様の確認後ご返信ください。  
 筑波記念病院 つくばトータルヘルスプラザ  
 〒305-2622 茨城県つくば市要1187-299  
 TEL029-864-8007 FAX029-864-8585