1.マンガンまたはその化合物　2.金属アーク溶接等作業　健康診断受診票
1.锰或其化合物 2.金属电弧焊等

個人番号		①			
団体番号		②		受診対象者番号	健診の種類
団体名		③			1.雇入れ時
		④			2.配置換え
団体住所		⑤			3.定期
ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	□ 男	生年月日 西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	雇用年月日
氏名			□ 女		

太枠内の問診をご記入ください　请在粗体框内填写询价信息。

【記入例】　該当項目 ／　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

作業条件・状況
工作条件/情况

前回の健診以後作業工程の変更
自上次体检以来工作流程发生变化

□ 1.なし　1. 无
□ 2.あり　2.是的

前回の健診以後取扱量・使用頻度の変更
自上次体检以来处理量和使用频率的变化

□ 1.変更なし　1.没有变化
□ 2.増　2. 增加
□ 3.減　3.减少

作業中の局所排気装置使用
工作期间使用局部排气通风

□ 1.なし　1. 无
□ 2.あり　2.是的

これまでに事故修理等での大量暴露
迄今为止，在事故修复等过程中已经发生了大量的暴露。

□ 1.なし　1. 无
□ 2.あり　2.是的

手などの体の一部が、液状、粉状又は高濃度のガス状の当該物質に直接触れる作業がありましたか
您是否曾经从事过手或身体其他部位直接接触液体、粉末或高浓度气体物质的工作？

□ 1.常時あり　1.随时可用
□ 2.時々あり　2.有时
□ 3.なし　3.无

作業中に使用する保護具の種類とその頻度
＊ありの場合は保護具A～Dも記入してください
工作中使用的防护装备的类型及其频率 *如有，请同时填写防护装备A~D。

□ 1.常時あり　1.随时可用
- □ A.保護メガネ　A.安全眼镜
- □ B.保護マスク　B.防护面罩
- □ C.保護手袋　C.防护手套
- □ D.保護衣　D.防护服

□ 3.なし（時々使用を含む）
3.无（包括偶尔使用）

（マンガン取り扱いの方）作業環境測定結果　管理 □
工作环境测量结果　管理

1週間の作業日数　□ 日
毎周工作天数　天

1日の取扱時間（30分単位で記入）　□□.□ 時間
毎日処理時間（以 30 分钟为增量）　时间

作業休止期間　□□ 年 □□ か月
停工期　年　月

作業に就いた年月　□□□□ 年 □□ 月
开始工作的月份和年份　年　月

作業をするようになって以下の自覚症状がありますか
現在ある場合は左側、6か月以上前にあった場合は以前の枠に記入してください
当您开始工作时，是否出现以下症状？如果您现在有，请写在左边，如果是6个月以上，请写在前面的方框中。

	以前　前
□ 0.特になし 0.没有什么特别的	
□ 1.3か月以上毎日のように、咳、たんがでる 1. 3个多月以来，我几乎每天都咳嗽、有痰	□
□ 2.作業によって頭痛がする 2. 我工作时感到头疼	□
□ 3.以前に比べて疲れやすい 3.我比以前更容易疲倦	□
□ 4.指が震える 4.手指发抖	□
□ 5.字がうまく書けない 5.我写得不好	□
□ 6.歩きにくくなった 6.走路变得困难	□
□ 7.しゃべりにくくなった 7.说话变得困难	□
□ 8.筋肉の力が弱くなった 8.肌肉力量减弱	□

健診機関記入欄

一般財団法人 石川県予防医学協会
ISO9001 認証取得・日本総合健診医学会優良総合健診施設
ISO27001（情報セキュリティマネジメントシステム）認証取得
〒920-0365　金沢市神野町東115番地
TEL(076) 249-7222（代）　FAX（076）269-4663