

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. Manganese or its compounds 2. Work such as metal arc welding

個人番号	①																					
団体番号	②																					
団体名	③																			受診対象者番号	健診の種類	
団体住所	④																				1.雇入れ時	
	⑤																				2.配置換え	
フリガナ																					3.定期	
氏名		性	<input type="checkbox"/> 男	生	年	月	日	西	暦													雇
		別	<input type="checkbox"/> 女	年	月	日																用
																						年
																						月
																						日

太枠内の問診をご記入ください

【記入例】 該当項目 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

作業条件・状況 Working conditions/situation	
前回の健診以後作業工程の変更 Changes in the work process after the last health checkup	<input type="checkbox"/> 1.なし 1. None <input type="checkbox"/> 2.あり 2. Yes
前回の健診以後取扱量・使用頻度の変更 Changes in amount handled and frequency of use since the last health checkup	<input type="checkbox"/> 1.変更なし 1. No change <input type="checkbox"/> 2.増 2. Increase <input type="checkbox"/> 3.減 3. decrease
作業中の局所排気装置使用 Use of local exhaust ventilation during work	<input type="checkbox"/> 1.なし 1. None <input type="checkbox"/> 2.あり 2. Yes
これまでに事故修理等での大量暴露 So far, a large amount of exposure in accident repairs, etc.	<input type="checkbox"/> 1.なし 1. None <input type="checkbox"/> 2.あり 2. Yes
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 Did you do any work in which a part of your body, such as your hands, was in direct contact with the liquid, powder, or highly concentrated gaseous substance?	<input type="checkbox"/> 1.常時あり 1. Always <input type="checkbox"/> 2.時々あり 2. Sometimes <input type="checkbox"/> 3.なし 3. None
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 The type and frequency of protective equipment used during work * If yes, please also fill in protective equipment A to D.	<input type="checkbox"/> 1.常時あり 1. Always <input type="checkbox"/> A.保護メガネ A. Safety glasses <input type="checkbox"/> B.保護マスク B. Protective mask <input type="checkbox"/> C.保護手袋 C. Protective gloves <input type="checkbox"/> D.保護衣 D. Protective clothing <input type="checkbox"/> 3.なし(時々使用を含む) 3. None (including occasional use)
(マンガンを取り扱ひの方) 作業環境測定結果 Work environment measurement results	管理 <input type="checkbox"/> management
1週間の作業日数 Number of working days per week	<input type="text"/> 日 Day
1日の取扱時間(30分単位で記入) Daily handling time (in 30 minute increments)	<input type="text"/> 時間 time
作業休止期間 Work stoppage period	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 Year Month
作業に就いた年月 years of work	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 Year Month

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 Do you have any of the following subjective symptoms after starting to work? Please fill in the box on the left if you have it now, or fill it in the previous box if you have had it more than 6 months ago.		以前 Before
<input type="checkbox"/> 0.特になし 0. None		
<input type="checkbox"/> 1.3か月以上毎日のように、咳、たんがでる 1. Cough and phlegm every day for more than 3 months	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2.作業によって頭痛がする 2. Work gives me a headache	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3.以前に比べて疲れやすい 3. Tired more easily than before	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4.指が震える 4. Fingers tremble	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 5.字がうまく書けない 5. I can't write well	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 6.歩きにくくなった 6. Difficulty walking	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 7.しゃべりにくくなった 7. It became difficult to speak	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 8.筋肉の力が弱くなった 8. Weakened muscle strength	<input type="checkbox"/>	

健診機関記入欄