【インドネシア語】

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.mangan atau senyawanya　2.pengelasan busur

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

【記入例】　該当項目 ／　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

作業条件・状況

Kondisi/situasi kerja

前回の健診以後作業工程の変更

Perubahan proses kerja setelahpemeriksaan kesehatan terakhir

□ 1.なし　1.Tidak ada

□ 2.あり　2.Ya

前回の健診以後取扱量・使用頻度の変更

Perubahan jumlah yang ditangani dan frekuensi penggunaan sejak pemeriksaan kesehatan terakhir

□ 1.変更なし　1.Tidak ada perubahan

□ 2.増　2.Meningkatkan

□ 3.減　3.berkurang

作業中の局所排気装置使用

Sejak pemeriksaan terakhir Jumlah yang ditangani Perubahan frekuensi penggunaan

□ 1.なし　1.Tidak ada

□ 2.あり　2.Ya

これまでに事故修理等での大量暴露

Sejauh ini, sejumlah besar paparan dalam perbaikan kecelakaan, dll.

□ 1.なし　1. Tidak ada

□ 2.あり　2.Ya

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

Apakah Anda melakukan pekerjaan yang bagian tubuh Anda, misalnya tangan, bersentuhan langsung dengan cairan, bubuk, atau zat gas dengan konsentrasi tinggi?

□ 1.常時あり　1. Selalu

□ 2.時々あり　2.Kadang-kadang

□ 3.なし　3. Tidak ada

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

Jenis dan frekuensi peralatan pelindung yang digunakan selama bekerja

*Jika ya, harap isi juga alat pelindung diri A sampai D.

□ 1.常時あり　1. Selalu

- □ A.保護メガネ　A.Kacamata pengaman
- □ B.保護マスク　B. Masker pelindung
- □ C.保護手袋　C. Sarung tangan pelindung
- □ D.保護衣　D.Pakaian pelindung

□ 3.なし（時々使用を含む）　3. Tidak ada (termasuk penggunaan sesekali)

（マンガン取り扱いの方）作業環境測定結果　管理 □

Hasil pengukuran lingkungan kerja　pengelolaan

1週間の作業日数　□ 日

hari kerja dalam seminggu　Hari

1日の取扱時間（30分単位で記入）　□□.□ 時間

Waktu penanganan per hari (satuan 30 menit)　waktu

作業休止期間　□□ 年 □□ か月

Masa penghentian pekerjaan　Tahun　Bulan

作業に就いた年月　□□□□ 年 □□ 月

tahun kerja　Tahun　Bulan

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

Apakah Anda mengalami gejala subjektif berikut setelah mulai bekerja?
Silakan isi kotak di sebelah kiri jika Anda memilikinya sekarang, atau isi kotak sebelumnya jika Anda sudah memilikinya lebih dari 6 bulan yang lalu.

	以前 Sebelum
□ 0.特になし 0. Tidak ada	
□ 1.3か月以上毎日のように、咳、たんがでる 1.Batuk dan berdahak setiap hari selama lebih dari 3 bulan	□
□ 2.作業によって頭痛がする 2. Pekerjaan membuat saya sakit kepala	□
□ 3.以前に比べて疲れやすい 3. Lebih mudah lelah dibandingkan sebelumnya	□
□ 4.指が震える 4. Jari gemetar	□
□ 5.字がうまく書けない 5.Saya tidak bisa menulis dengan baik	□
□ 6.歩きにくくなった 6. Kesulitan berjalan	□
□ 7.しゃべりにくくなった 7. Menjadi sulit untuk berbicara	□
□ 8.筋肉の力が弱くなった 8. Melemahnya kekuatan otot	□

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