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. Manganeso o sus compuestos 2. Soldadura por arco metálico, etc.

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　Complete la información de la consulta dentro del marco en negrita.

【記入例】　該当項目 ／　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

作業条件・状況

Condiciones/situación de trabajo

前回の健診以後作業工程の変更

Cambios en el proceso de trabajo desde el último chequeo médico

□ 1.なし　1.Ninguno
□ 2.あり　2.Sí

前回の健診以後取扱量・使用頻度の変更

Cambios en la cantidad manejada y frecuencia de uso desde el ú ltimo control médico

□ 1.変更なし　1.Sin cambios
□ 2.増　2. aumentar
□ 3.減　3.Disminución

作業中の局所排気装置使用

Utilice ventilación de escape local durante el trabajo.

□ 1.なし　1. Ninguno
□ 2.あり　2.Sí

これまでに事故修理等での大量暴露

Hasta la fecha, se han producido grandes cantidades de exposici ón durante la reparación de accidentes, etc.

□ 1.なし　1. Ninguno
□ 2.あり　2.Sí

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

¿Alguna vez ha realizado algún trabajo en el que sus manos u otras partes del cuerpo hayan entrado en contacto directo con la sustancia en forma líquida, en polvo o gaseosa altamente concentrada?

□ 1.常時あり　1.Siempre disponible
□ 2.時々あり　2. A veces
□ 3.なし　3. Ninguno

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

Tipos de equipos de protección utilizados durante el trabajo y su frecuencia. *En caso afirmativo, complete también el equipo de protección A~D.

□ 1.常時あり　1.Siempre disponible
- □ A.保護メガネ　A.Gafas de seguridad
- □ B.保護マスク　B. Máscara protectora
- □ C.保護手袋　C. Guantes protectores
- □ D.保護衣　D.Ropa protectora

□ 3.なし（時々使用を含む）　3. Ninguno (incluido el uso ocasional)

（マンガン取り扱いの方）作業環境測定結果　管理 □
Resultados de la medición del clima laboral　gestión

1週間の作業日数　□ 日
Número de días laborables por semana　Día

1日の取扱時間（30分単位で記入）　□□.□ 時間
Tiempo de manipulación diario (en incrementos de 30 minutos)　tiempo

作業休止期間　□□ 年 □□ か月
Período de paro laboral　Año　Mes

作業に就いた年月　□□□□ 年 □□ 月
Mes y año de inicio de trabajo.　Año　Mes

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

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas cuando comienza a trabajar? Si lo tienes ahora escríbelo a la izquierda, si fue hace más de 6 meses escríbelo en el cuadro anterior.

	以前 Antes
□ 0.特になし 0. Nada en particular	
□ 1.3か月以上毎日のように、咳、たんがでる 1. He estado tosiendo y produciendo flema casi todos los días durante más de 3 meses.	□
□ 2.作業によって頭痛がする 2. Me duele la cabeza por trabajar.	□
□ 3.以前に比べて疲れやすい 3.Me canso más fácilmente que antes.	□
□ 4.指が震える 4. Los dedos tiemblan	□
□ 5.字がうまく書けない 5. No puedo escribir bien.	□
□ 6.歩きにくくなった 6.Se volvió difícil caminar	□
□ 7.しゃべりにくくなった 7. Se volvió difícil hablar	□
□ 8.筋肉の力が弱くなった 8. La fuerza muscular se ha debilitado.	□

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