

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

個人番号	①																		
団体番号	②																		
団体名	③																		
団体住所	④																		
フリガナ	⑤																		
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 年月日	西暦					年			月			日	雇用 年月日		

太枠内の問診をご記入ください Vui lòng điền thông tin yêu cầu vào khung in đậm.

【記入例】 該当項目 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

作業条件・状況 Điều kiện/tình huống làm việc	前回の健診以後作業工程の変更 Những thay đổi trong quá trình làm việc sau lần khám sức khỏe gần đây nhất	前回の健診以後取扱量・使用頻度の変更 Những thay đổi về số lượng xử lý và tần suất sử dụng kể từ lần khám sức khỏe gần đây nhất	作業中の局所排気装置使用 Sử dụng hệ thống thông gió cục bộ trong quá trình làm việc	これまでの事故修理等での大量暴露 Cho đến nay, một lượng lớn rủi ro trong việc sửa chữa tai nạn, v.v.	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 Bạn có làm bất kỳ công việc nào mà một bộ phận cơ thể của bạn, chẳng hạn như bàn tay, tiếp xúc trực tiếp với chất lỏng, bột hoặc chất khí có nồng độ cao không?Você realizou algum trabalho em que uma parte do seu corpo, como as mãos,	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 Các loại và tần suất sử dụng thiết bị bảo hộ khi làm việc *Nếu có, vui lòng điền thêm thiết bị bảo hộ từ A đến D.	(マンガン取り扱いの方) 作業環境測定結果 Kết quả đo môi trường làm việc	1週間の作業日数 ngày làm việc trong một tuần	1日の取扱時間 (30分単位で記入) Thời gian xử lý mỗi ngày (đơn vị 30 phút)	作業休止期間 Thời gian ngừng việc	作業に就いた年月 năm làm việc
	<input checked="" type="checkbox"/> 1.なし 1. Không có <input checked="" type="checkbox"/> 2.あり 2. Có	<input checked="" type="checkbox"/> 1.変更なし 1. Không thay đổi <input checked="" type="checkbox"/> 2.増 2.Tăng <input checked="" type="checkbox"/> 3.減 3. giảm	<input checked="" type="checkbox"/> 1.なし 1. Không có <input checked="" type="checkbox"/> 2.あり 2. Có	<input checked="" type="checkbox"/> 1.なし 1. Không có <input checked="" type="checkbox"/> 2.あり 2. Có	<input checked="" type="checkbox"/> 1.常時あり 1. Luôn luôn <input checked="" type="checkbox"/> 2.時々あり 2.Đôi khi <input checked="" type="checkbox"/> 3.なし 3. Không có	<input checked="" type="checkbox"/> 1.常時あり 1. Luôn luôn <input type="checkbox"/> A.保護メガネ A. Kính an toàn <input type="checkbox"/> B.保護マスク B. Mặt nạ bảo vệ <input type="checkbox"/> C.保護手袋 C. Găng tay bảo hộ <input type="checkbox"/> D.保護衣 D. Quần áo bảo hộ <input checked="" type="checkbox"/> 3.なし (時々使用を含む) 3. Không (bao gồm cả việc sử dụng không thường xuyên)	管理 <input type="checkbox"/> sự quản lý	<input type="checkbox"/> 日 Ngày	<input type="checkbox"/> 時間 thời gian	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 Năm Tháng	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 Năm Tháng

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 Bạn có bất kỳ triệu chứng chủ quan nào sau đây sau khi bắt đầu làm việc không? Vui lòng điền vào ô bên trái nếu bạn có nó bây giờ, hoặc điền vào ô trước đó nếu bạn đã có nó hơn 6 tháng trước.	以前 Trước
<input checked="" type="checkbox"/> 0.特になし 0. Không có	
<input checked="" type="checkbox"/> 1.3か月以上毎日のように、咳、たんがでる 1.Ho và có đờm mỗi ngày trong hơn 3 tháng	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 2.作業によって頭痛がする 2. Công việc khiến tôi đau đầu	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 3.以前に比べて疲れやすい 3. Dễ mệt mỏi hơn trước	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 4.指が震える 4. Ngón tay run rẩy	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 5.字がうまく書けない 5.Tôi viết không giỏi	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 6.歩みにくくなった 6. Đi lại khó khăn	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 7.しゃべりにくくなった 7. Khó nói chuyện	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 8.筋肉の力が弱くなった 8. Sức mạnh cơ bắp yếu đi	<input type="checkbox"/>

健診機関記入欄

