

有機溶剤問診票兼健診通知書

記入日

年 月 日

氏名

様

有機溶剤を扱う仕事に就いてから、思い当たる項目について○をつけてください。(自覚症状)

特になし

頭が重い ・ 頭が痛い ・ めまい ・ 悪心(気分不良/吐気) ・ 嘔吐

食欲不振 ・ 腹痛 ・ 体重減少 ・ 心悸亢進(心臓がそわそわする) ・ 不眠

不安感 ・ 焦燥感(そわそわあせる) ・ 集中力の低下 ・ 振戦(手足の震え)

目または上気道の刺激症状 ・ 皮膚または粘膜の異常 ・ 四肢末端部の疼痛

握力減退 ・ 膝蓋腱/アキレス腱の反射異常 ・ 視力低下 ・ 知覚異常

その他()

ご記入ありがとうございます。受付へご提出ください。

※以下、医師記入欄

医師が指摘する症状(他覚症状)

なし

あり

総合判定 (検査数値につきましては別紙をご参照ください。)

- ① 今回の検査結果総合判定において、特に問題ありません。
- ② 上記症状が、有機溶剤の影響である可能性があります。
- ③ 検査結果では体内に有機溶剤が 中 ・ 高 分布 となっております。
- ④ 眼部ゴーグル、N95規格(または同等のもの)のマスクなどを着用し、有機溶剤の体内への侵入を遮断しましょう。
- ⑤ ④を実行の後に再検査をおすすめいたします。
それでも症状が続く場合は、会社の産業医に相談してください。

〒559-0911 東大阪市中新開2-13-39

西クリニック

院長

西

真明