

※本アンケートは特定化学物質・有機溶剤・放射線・鉛等を使用している方のみお答えください。

特殊健康診断等に関するアンケート

所属 _____ 氏名 _____


別紙を参照して、使用薬品・業務内容をご記入願います。
 該当する薬品等を使用している場合は、それぞれの健康診断を受診していただきますが、使用頻度・量が極端に少ない等、健康診断をする必要がないと判断される場合は、「受診を希望しない」を○で囲んでください。

1. 特定有害業務

・該当する  ・該当しない


該当項目					
------	--	--	--	--	--

2. 特定化学物質等

・使用していない ・使用しているが受診を希望しない
 ・使用している 


使用薬品No					

3. 鉛及び四アルキル鉛

・使用していない ・使用しているが受診を希望しない
 ・使用している 

使用薬品	業務内容
1. 鉛, その合金及び化合物(四アルキル鉛を除く)	
2. 四アルキル鉛	

4. 有機溶剤

・使用していない ・使用しているが受診を希望しない
 ・使用している 

使用薬品No	業務内容	使用薬品No	業務内容	使用薬品No	業務内容

5. 放射線業務

・該当する  ・該当しない

装置の種類	型式	設置場所

6. 粉じん作業

・該当する ・該当しているが受診を希望しない
 ・該当しない