

有機溶剤使用時の健康診断問診票

事業所名 _____

氏 名 _____

有機溶剤使用時による自覚症状の有無
作業中または作業に関連して下記症状があるかどうか。

1	頭 重	あり	なし
2	頭 痛	あり	なし
3	めまい	あり	なし
4	悪 心	あり	なし
5	嘔 吐	あり	なし
6	食欲不振	あり	なし
7	腹 痛	あり	なし
8	体重減少	あり	なし
9	心悸亢進（動悸）	あり	なし
10	不 眠	あり	なし
11	不安感	あり	なし
12	焦燥感	あり	なし
13	集中力の低下	あり	なし
14	振 戦（ふるえ）	あり	なし
15	上気道または眼の刺激症状	あり	なし
16	皮膚または粘膜の異常	あり	なし
17	四肢末端部の疼痛	あり	なし
18	知覚異常	あり	なし
19	視力低下	あり	なし