

## 実 施 検 査 項 目

|   | 健康診断の種類      | 検査項目等                                                                                                                                                                                                   | 備考                               |
|---|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| A | 特定業務従事者の健康診断 | 定期健康診断と同じ内容                                                                                                                                                                                             | 半年に1回（年2回）                       |
| B | 特定化学物質等健康診断  | 1. 業務経歴調査<br>2. 既往歴の有無調査<br>3. 自覚・他覚症状の有無調査<br>* 特定化学物質の種類により行う項目                                                                                                                                       | * 特定化学物質の種類により検査項目が違ふ            |
| C | 有機溶剤等健康診断    | 1. 業務経歴調査<br>2. 有機溶剤による健康障害の既往歴、自覚症状及び他覚症状の既往歴調査<br>3. 尿中の有機溶剤の代謝物の量検査についての既往の検査結果調査<br>4. 尿中蛋白の有無検査<br>5. 尿中の有機溶剤の代謝物量の検査<br>6. 作業条件の調査<br>7. 貧血検査<br>8. 肝機能検査<br>9. 尿中蛋白の有無検査を除く腎機能検査<br>10. 神経内科学的検査 | 6～10については、医師が必要と認めた場合に実施         |
| D | 電離放射線健康診断    | 1. 被爆歴の有無調査<br>2. 白血球数及び白血球百分率<br>3. 赤血球数及び、血色素量又はヘマトクリット値検査<br>4. 白内障に関する眼の検査<br>5. 皮膚の検査                                                                                                              | 2～5については、医師が必要でない<br>と認めるときは省略可能 |
| E | 歯科医師による健康診断  |                                                                                                                                                                                                         | （実施時期等を別途調整）                     |
| F | 高気圧業務健康診断    | 1. 既往歴及び高気圧業務歴調査<br>2. 関節、腰もしくは下肢の痛み、耳鳴り等の自覚症状又は他覚症状の有無検査<br>3. 四肢の運動機能検査<br>4. 鼓膜及び聴力の検査<br>5. 血圧の測定、尿中の糖及び蛋白検査<br>6. 肺活量検査<br>7. 作業条件調査<br>8. 肺換気機能検査<br>9. 心電図検査<br>10. 関節部のエックス線直接撮影検査              | 7～10については、医師が必要と認めた場合に実施         |