

特殊健康診断受診対象者調査票(学生用)

裏面あり

年 月 日

◇対象者:週1回以上の頻度で3ヶ月以上の期間継続して従事する(予定)者(電離以外)。

学籍番号		学部・研究科	
ふりがな			
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	学科・専攻	
生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日	指導教員	

A欄に該当した方は□にレ点してください。該当しない場合でも裏面を確認してください。

A 特定業務従事者の健康診断

イ～ワの特定業務に

 従事している 従事していない

下記の□にレ点を記入してください。特定業務従事者は、学内健診会場にて半年ごとに特殊健診を受けてください。

4月実施の学生定期健康診断受診の有無	<input type="checkbox"/>	受診	<input type="checkbox"/>	未受診
--------------------	--------------------------	----	--------------------------	-----

従事している業務にレ点してください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/> イ 多量の高熱物体を取り扱う業務又は著しく暑熱な場所における業務
<input type="checkbox"/> ロ 多量の低温物体を取り扱う業務又は著しく寒冷な場所における業務
<input type="checkbox"/> ハ ラジウム放射線、エックス線その他の有害放射線にさらされる業務(ガラスバッジを所有している者)
<input type="checkbox"/> ニ 土石、獣毛等のじんあい又は粉末を著しく飛散する場所における業務
<input type="checkbox"/> ホ 異常気圧下における業務
<input type="checkbox"/> ヘ 削岩機、びょう打機等の使用によって、身体に著しい振動を与える業務
<input type="checkbox"/> ト 重量物の取扱い等重激な業務
<input type="checkbox"/> チ ボイラー製造等強烈な騒音を発する場所における業務
<input type="checkbox"/> ヌ 深夜業を含む業務(22時～5時の時間帯に及ぶ業務に週1回以上又は月平均4回以上の頻度で継続的に従事する者)
<input type="checkbox"/> ル 水銀、砒素、黄リン、弗化水素酸、塩酸、硝酸、硫酸、青酸、か性アルカリ、石炭酸その他これらに準ずる有害物を常時繰り返し取り扱う業務(酸健診 裏面G)
<input type="checkbox"/> ヲ 鉛、水銀、クロム、砒素、黄リン、弗化水素酸、塩素、塩酸、硝酸、亜硫酸、硫酸、一酸化炭素、二酸化炭素、青酸、ベンゼン、アニリン、ホルムアルデヒドその他これらに準ずる有害物のガス、蒸気又は、粉じんが常時発散する場所における業務
<input type="checkbox"/> ワ 病原体によって汚染のおそれが著しい業務(特定病原体及びレベル3～4の病原体を扱う職員)
例:細菌実験等 業務内容(具体的に)

B 電離放射線健康診断

業務従事(予定)者は電離放射線業務従事者問診票(別紙6)を必ず提出してください。

◆過去6月以内でラジウム放射線、エックス線その他の有害放射線にさらされる業務の実績が

 ある 従事予定あり ない

◆ガラスバッジの有無

 ある ない

C 高気圧業務健康診断

 高気圧業務健康診断を希望します(c・d・eは希望者)業務状況a・bは必須□

◆過去6月以内で高圧室内又は潜水作業を伴う業務の実績が

 ある 従事予定あり ない

業務年数	過去半年の業務状況	a	b	c	d	e	主な業務場所
		週5日以上	週1～4日	週1回未満	通年で連続的(月1回以上)	断続的不定期(年数回)直近月	
年		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月

D 騒音作業健康診断

 騒音作業健康診断を希望します(c・d・eは希望者)業務状況a・bは必須□

◆過去6月以内で騒音を伴う業務の実績が

 ある 従事予定あり ない

化学物質取扱状況調査（特定化学物質,有機溶剤,歯科健診）

- 1 過去6月以内において別表化学物質の使用実績がある。 化学物質の使用実績 _____ 年
- 2 A欄イ～ワの業務に常時従事する。
- 3 特定化学物質・有機溶剤による健康不調がある。 ある場合はレ点し、その他は記入してください。
- 頭痛 めまい 吐き気 皮膚炎 その他 [_____]
1. 2. 3のいずれかに該当する方は下記D～Fを記入してください。

※別表(特殊健康診断用化学物質一覧表)から化学物質を選択してください。番号を入力すると物質名が表示されます。

E 特定化学物質等健康診断

特定化学物質の使用実績が ある* 従事予定あり ない

別表No1～No83

特定化学物質等健康診断を希望します(c・d・eは希望者)業務状況a・bは必須

	使用物質		業務年数	使用量/日	a	b	c	d	e	使用場所(実験室等)
	番号	物質名			週5日以上	週1～4日	週1回未満	通年で連続的(月1回以上)	断続的不定期(年数回)直近月	
1			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
2			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
3			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
4			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
5			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月

↑ホルムアルデヒド,エチレンオキシドガスに係る業務は特化物健診対象外ですが特定業務従事者健診の対象者です

F 有機溶剤等健康診断

有機溶剤の使用実績が ある* 従事予定あり ない

別表No84～No127

有機溶剤等健康診断を希望します(c・d・eは希望者)業務状況a・bは必須

	使用物質		業務年数	使用量/日	a	b	c	d	e	使用場所(実験室等)
	番号	物質名			週5日以上	週1～4日	週1回未満	通年で連続的(月1回以上)	断続的不定期(年数回)直近月	
1			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
2			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
3			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
4			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
5			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月

G 歯科医師による健康診断

ある* 従事予定あり ない

別表No200～No206

歯科医師による健康診断を希望します(c・d・eは希望者)業務状況a・bは必須

	使用物質		業務年数	使用量/日	a	b	c	d	e	使用場所(実験室等)
	番号	物質名			週5日以上	週1～4日	週1回未満	通年で連続的(月1回以上)	断続的不定期(年数回)直近月	
1			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
2			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
3			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
4			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月
5			年	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月