

様式第2号（第23条関係）（表面）

四アルキル鉛健康診断個人票

氏名		生年月日		年 月 日		雇入年月日		年 月 日	
		性別		男 ・ 女					
健 診		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
神 經 症 状 又 は 精 神 症 状	い	ら	い	ら					
	不		眠						
	悪		夢						
	食	欲	不	振					
	顔	面	蒼	白					
	倦	怠	感						
	盗		汗						
	頭		痛						
	振		戦						
	四	肢	の	腱	反	射	亢	進	
	悪		心						
	嘔		吐						
	腹		痛						
	不		安						
	興		奮						
	記	憶	障	害					
そ	の	他							
血		圧							
血 液	血色素量 (g / d)								
	全 血 比 重								
	好塩基点赤血球数 (個 / 1000)								
	そ の 他								
尿	コプロポルフィリン								
	そ の 他								
参 考 事 項									
医 師 の 診 断									
健康診断を実施した医師の氏名									
医 師 の 意 見									
意見を述べた医師の氏名									

様式第2号（第23条関係）（裏面）

業 務 の 経 歴								
現 在 の 勤 務 先 に く る 前	業 務 名 等	期 間	年 数	現 在 の 勤 務 先 に 来 て か ら	業 務 名	期 間	年 数	
	事業場名							
	業務名	年 月から 年 月まで	年 月				年 月から 年 月まで	年 月
	事業場名							
	業務名	年 月から 年 月まで	年 月				年 月から 年 月まで	年 月
	事業場名							
	業務名	年 月から 年 月まで	年 月				年 月から 年 月まで	年 月
事業場名								
業務名	年 月から 年 月まで	年 月			年 月から 年 月まで	年 月		
業務に従事した期間の合計			年 月	業務に従事した期間の合計			年 月	
四アルキル鉛中毒の既往症								

備 考

- 「参考事項」の欄は、この票に記載した健康診断を行うまでの期間にとられた四アルキル鉛中毒に関する医学的処置及び就業上の措置について記入すること。
- 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。
- この票に記載しきれない事項については、別紙に記載して添付すること。