

特殊健康診断 問診票

受診者が黒の鉛筆で記入ください

フリガナ

氏名

様 ID.

左枠に●印のついている自覚症状で現在あるものは○を塗りつぶしてください。(時々あるも含む) 但し、マークがついていても健診の種類又は記入された数により結果報告書にはプリントされませんのでご了承ください。

記入例	良い例 ■	悪い例 ☹	訂正例 ✕	下記の症状なし→ ○
呼吸器系	<input type="checkbox"/> アレルギー性ぜんそくがある <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸が痛い <input type="checkbox"/> 胸が圧迫される感じ <input type="checkbox"/> 胸部に不安感がある <input type="checkbox"/> 息が苦しい <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 乾いた咳がでる <input type="checkbox"/> 痰に血が混じる <input type="checkbox"/> 呼吸音がおかしい			
消化器系	<input type="checkbox"/> むかむかする <input type="checkbox"/> 極端に甘いものが好き <input type="checkbox"/> 胃や腸に症状がある <input type="checkbox"/> 白眼や皮膚が黄色い <input type="checkbox"/> 吐く <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 便の色が黒い <input type="checkbox"/> 普通とは違った味 <input type="checkbox"/> 舌が緑色 <input type="checkbox"/> 胃のあたりが何か変だ <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 腹痛を繰り返す <input type="checkbox"/> 腹痛(さしこむような痛みを含む) <input type="checkbox"/> 腹部がスッキリしない <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 唾液が多い			
循環器系	<input type="checkbox"/> 胸部違和感がある <input type="checkbox"/> 脈が速く打つ <input type="checkbox"/> 口唇や手足の爪が紫色 <input type="checkbox"/> 心臓がドキドキする <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心臓症状			
筋骨格系	<input type="checkbox"/> 握る力が弱くなった <input type="checkbox"/> 足の力が弱くなった <input type="checkbox"/> 足が痛い <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 関節が痛い <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> うなじが張る <input type="checkbox"/> 手足がだらりとしている <input type="checkbox"/> 手足の先端が痛い <input type="checkbox"/> 腕が痛い <input type="checkbox"/> 背中が痛い <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> 手指腕の力が弱く動きに異常がある <input type="checkbox"/> 指がこわばる <input type="checkbox"/> 指が痛かったり、感覚がおかしい <input type="checkbox"/> 指がばねのような状態 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 指が白く冷たくなっている <input type="checkbox"/> 指がはれたりしこりがある			
眼科系	<input type="checkbox"/> 黒眼に異常がある <input type="checkbox"/> 白眼や黒眼に異常がある <input type="checkbox"/> 白眼が赤い <input type="checkbox"/> 視野が狭くなっている <input type="checkbox"/> 眼が見えにくい <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 眼のかすみ <input type="checkbox"/> 眼の炎症 <input type="checkbox"/> 眼がチカチカする <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> 眼が痛い <input type="checkbox"/> 眼が疲れる <input type="checkbox"/> 眼が渇く			
皮膚系	<input type="checkbox"/> 粘膜に刺激を受けた <input type="checkbox"/> 皮膚がかゆい <input type="checkbox"/> 皮膚や粘膜に異常がある <input type="checkbox"/> 皮膚の変化			
泌尿器系	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる <input type="checkbox"/> 尿の量が極端に多い <input type="checkbox"/> 尿の量が極端に少ない <input type="checkbox"/> 尿に普通でない色が付いている <input type="checkbox"/> 尿が出るときに痛い <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い			
耳鼻咽喉系	<input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 喉がいがらっぽい <input type="checkbox"/> 声が嘎れる <input type="checkbox"/> 臭いがしない <input type="checkbox"/> 鼻、のどの粘膜に異常がある <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 鼻水が出る(多い) <input type="checkbox"/> 鼻が痛い <input type="checkbox"/> 鼻の粘膜に異常がある <input type="checkbox"/> 鼻ポリープがある <input type="checkbox"/> 鼻炎がある <input type="checkbox"/> 蓄膿症がある <input type="checkbox"/> 耳の中が痛い <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳のつまる感じがする			
神経・精神系	<input type="checkbox"/> 悪夢を見る <input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> いらいら <input type="checkbox"/> 階段が昇りにくい <input type="checkbox"/> 足がだるい、しびれる <input type="checkbox"/> 筋肉の収縮と弛緩が相次いで起こるけいれん <input type="checkbox"/> 記憶が難しいか低下している <input type="checkbox"/> 口唇や手足の感覚が変である <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 手または足がしびれる <input type="checkbox"/> 物事に集中できない <input type="checkbox"/> 焦る <input type="checkbox"/> 判読不可能な字を書く <input type="checkbox"/> ストレスがある <input type="checkbox"/> 精神が不安定 <input type="checkbox"/> 全身がだるい <input type="checkbox"/> 手足の感覚が異常 <input type="checkbox"/> 手に力が入らない <input type="checkbox"/> 指のしびれ <input type="checkbox"/> 腕がしびれる <input type="checkbox"/> 指がふるえる <input type="checkbox"/> 聞きとれるように話せない <input type="checkbox"/> てんかんのような発作がある <input type="checkbox"/> 寝汗 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 汗の出かたが異常、出ないか異常に多い <input type="checkbox"/> 疲れた感じがする <input type="checkbox"/> 気分がさわやかでない <input type="checkbox"/> 自分の意志に関係のない目的のない異常運動 <input type="checkbox"/> 眠れない・睡眠異常 <input type="checkbox"/> 歩き方が変である <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> ものわすれ <input type="checkbox"/> ゆううつである <input type="checkbox"/> よだれがでる <input type="checkbox"/> 手足が冷たく感じる <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 字を書く動きが小さくなる <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 活気がなく何もしたくない <input type="checkbox"/> 手・指・腕の感覚に異常がある			
歯科系	<input type="checkbox"/> 歯茎の炎症 <input type="checkbox"/> 歯の変化 <input type="checkbox"/> 歯が痛い			<input checked="" type="checkbox"/> 過去の症状について 上記にマークをつけられた自覚症状は 過去にもありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
全身	<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 発熱			
その他	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

業務が原因で、今までにかかった病気があれば、病名とかかったときの年齢を記入してください。

既往歴	<input type="text"/>	歳	<input type="text"/>	歳	<input type="text"/>	歳
-----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

電離放射線健診	過去の被ばく歴の有無 (「あり」の方は下記の質問に教えてください。)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
1. 被ばくした作業場所	<input type="text"/>	5. 被ばくしたことによる障害の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2. 被ばくの内容	<input type="checkbox"/> 外部被ばく <input type="checkbox"/> 内部被ばく <input type="checkbox"/> 事故など	6. 被ばくの状態
3. 被ばくの日時、期間	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. 被ばくした線量	<input type="text"/> mSv	<input type="text"/>

じん肺健診、VDT健診、腰痛健診を受けられる方は下記の問診表にご記入ください。(騒音健診は既往歴のみ) 但し、健診の種類により記入された病名すべてが結果報告書にはプリントされませんのでご了承ください。

じん肺健診				
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸っている	<input type="text"/>	本/日×	<input type="text"/>
階段をのぼったり緩やかな坂をのぼる時息切れを感じますか？ 「はい」の方は下記の質問に教えてください。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
I. 同年代の健常者と同様の生活・仕事ができ、階段も健常者なみにのぼれる		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
II. 歩行は同年代の健常者並にできるが、階段の上り下りは健常者なみにできない		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
III. 健常者なみに歩けないが、自分のペースで1km程度の歩行が可能		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
IV. 休みながらでなければ50m以上の歩行が不可能		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
V. 会話や着物の着脱で息がきれ、外出ができない		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
既往歴	肺結核	<input type="text"/>	歳	
	胸膜炎	<input type="text"/>	歳	
既往歴	気管支炎	<input type="text"/>	歳	
	気管支喘息	<input type="text"/>	歳	
	肺気腫	<input type="text"/>	歳	
	心臓疾患	<input type="text"/>	歳	
	気管支拡張症	<input type="text"/>	歳	
	その他胸部疾患	<input type="text"/>	歳	

騒音健診				
既往歴	中耳炎	<input type="text"/>	歳	
	鼓膜欠損	<input type="text"/>	歳	
既往歴	熱性伝染病	<input type="text"/>	歳	
	頭頸部外傷	<input type="text"/>	歳	
	爆音障害	<input type="text"/>	歳	
	突発性難聴	<input type="text"/>	歳	
	ストマイ注射	<input type="text"/>	歳	
	メニエール病	<input type="text"/>	歳	

VDT健診				
1. 現在の視機能に影響している目の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「あり」の場合	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在治療中(病名 <input type="text"/>)		
2. その他の病歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 <input type="text"/>)			
3. 本日の健診に眼鏡(コンタクト)の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	8. VDT作業の性質(1つ選択してください)		
4. 眼鏡は遠近両用か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1・単純な作業(原稿入力) <input type="checkbox"/> 2・考えたり、判断を伴う作業 <input type="checkbox"/> 3・どちらでもない		
5. VDT作業時は本日の健診(裸眼、眼鏡、コンタクト)と同じ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	9. VDT作業の内容(1つ選択してください)		
6. 一日のVDT作業時間	最長 <input type="text"/> 時間位	平均 <input type="text"/> 時間位	<input type="checkbox"/> 1・伝票処理、データ入力 2・文書作成 <input type="checkbox"/> 3・窓口業務 4・プログラミング <input type="checkbox"/> 5・設計、製図 6・監視 検査業務 <input type="checkbox"/> 7・その他(<input type="text"/>)	
7. 一回あたりのVDT作業時間	最長 <input type="text"/> 分位	平均 <input type="text"/> 分位		

腰痛健診				
1. 現在の業務に就く前に別の業務を行ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(<input type="text"/>)		
2. 以前に大きな病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(<input type="text"/>)		
3. 以前に腰痛になったことがありますか？(西暦下2桁記入)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(初回 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃)		
4. その時の起こり方は？	<input type="checkbox"/> 急激に起こった <input type="checkbox"/> 徐々に起こった			
5. どんな時に	<input type="checkbox"/> 物を持ち上げた <input type="checkbox"/> 中腰で仕事中 <input type="checkbox"/> かがんで仕事中 <input type="checkbox"/> 不自然な姿勢が続いて <input type="checkbox"/> 立ち仕事中 <input type="checkbox"/> 運転作業で <input type="checkbox"/> 介護作業で <input type="checkbox"/> 寒冷な場所で <input type="checkbox"/> 腰をひねった <input type="checkbox"/> 腰を打撲した <input type="checkbox"/> 尻もちをついた <input type="checkbox"/> 高所から落ちた <input type="checkbox"/> 寝返り動作で <input type="checkbox"/> 洗顔時に <input type="checkbox"/> くしゃみをして <input type="checkbox"/> その他			
6. 治療について	<input type="checkbox"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> あんま・鍼など <input type="checkbox"/> 家庭療法 <input type="checkbox"/> 医療機関で受診して診察、治療を受けた			
7. その後現在に至るまでの症状(坐骨神経痛、下肢の痺れ含む)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 回発生 <input type="checkbox"/> 初回から腰痛が持続 <input type="checkbox"/> 初回以降腰痛はない			
	<input type="checkbox"/> 時折(季節、天候の変わり目、疲労時等に)発生 <input type="checkbox"/> その他			
8. 現在腰痛がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(時々も含む)			
9. 現在の業務に就いてから腰痛が発生しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(時々) <input type="checkbox"/> はい(いつも)			
10. 現在の業務に就いてから腰痛が激しくなりましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
11. 最近1ヶ月間に腰痛が発生しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
12. どのような時に痛みますか？	<input type="checkbox"/> 寝返りをするとき <input type="checkbox"/> 朝起床時 <input type="checkbox"/> 洗顔時 <input type="checkbox"/> 歩行時 <input type="checkbox"/> 運転時 <input type="checkbox"/> 立ち上がり、又は座る時 <input type="checkbox"/> 立ち続けるとき <input type="checkbox"/> 中腰姿勢を続けるとき <input type="checkbox"/> かがんだ姿勢を続けるとき <input type="checkbox"/> 上を向いての作業時 <input type="checkbox"/> 重量物を持ち上げまたは保持する、人を抱きまたは抱えて移動するとき <input type="checkbox"/> 長時間腰掛けまたは座る時 <input type="checkbox"/> その他			