

## 作業条件の簡易な調査における問診票

令和 年 月 日 記入

企業名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

最近6カ月の間の、あなたの職場や作業での化学物質ばく露に関する以下の質問にお答えください。

(注：ばく露とは、化学物質を吸入したり、化学物質に触れたりすること。)

1) 該当する化学物質について、通常の作業での平均的使用頻度をお答えください。

( \_\_\_\_\_ 時間/日 )

( \_\_\_\_\_ 日/週 )

2) 作業工程や取扱量等に変更がありましたか？

・作業工程の変更 →  有り  無し  わからない

・取扱量や使用頻度 →  増えた  減った  変わらない  わからない

3) 局所排気装置を作業時に使用していますか？

常に使用している

時々使用している

設置されていない

4) 保護具を使用していますか？

常に使用している → 保護具の種類 ( \_\_\_\_\_ )

時々使用している → 保護具の種類 ( \_\_\_\_\_ )

使用していない

5) 事故や修理等で、当該化学物質に大量にばく露したことがありましたか？

あった

なかった

わからない

6) 他覚症状、及び自覚症状 該当する物に チェックを入れてください。

特になし

頭重

頭痛

めまい

悪心

嘔吐

食欲不振

腹痛

体重減少

心悸亢進

不眠

不安感

焦燥感

集中力の低下

振戦

知覚異常

視力低下

上気道又は眼の刺激症状

皮膚又は粘膜の異常

四肢末端部の疼痛

膝蓋腱・アキレス腱反射異常

握力減退

その他

(有機溶剤中毒予防規則 29 条)

以上 DOI CLINIC