

有機溶剤健康診断質問表

実施年月日		平成	年	月	日		
事業所名				業務の経歴			
所在地				作業名			
氏名				生年月日	大正 昭和	年 月 日生	
取り扱っている 有機溶剤の名称	1	環境測定の実施		作業場名	管理区分		
	2	している・しない			1	2	3
	3				1	2	3

いずれかに○印を記入して下さい。

①有機溶剤の種類により検査の項目が異なります。

②有機溶剤名を上記に記入して下さい。

一人で二種類以上の有機溶剤を使用の方はすべての有機溶剤名を記入して下さい。

この場合、代謝物の検査も一人で二種類以上必要となることもあります。

例) キシレン、スチレンを使用の場合。

尿中のメチル馬尿酸と尿中のマンデル酸の検査が必要です。

③慣用名、商品名でなく有機溶剤名を記入して下さい。

シンナーの場合トルエン又はキシレン等を扱っております、シンナーと書かずトルエン又はキシレンと記入して下さい。(表参照)

④「指定有機溶剤」以外の有機溶剤(アセトン等)は基本項目検査のみ受診して下さい。

※⑤作業場名は、塗装、洗浄、接着等のように、管理区分については、衛生管理者か、事業主にお聞きのうえ記入して下さい。

⑥使用している有機溶剤名が不明な場合は、事業主又は山梨労働衛生センターまでお問い合わせ下さい。

(☎ 0553-22-7898)

「指定有機溶剤」

有機溶剤の種類	代謝物	肝機能	貧血	眼底
キシレン、スチレン、トルエン、1・1・1-トリクロロエタン、ノルマルヘキサン	○			
N・N-ジメチルホルムアミド、トリクロロエチレン、テトラクロロエチレン	○	○		
クロロベンゼン、オルトジクロロベンゼン、クロロホルム、四塩化炭素、1・4-ジオキサン、1・2-ジクロロエタン、1・2-ジクロロエチレン、1・1・2・2-テトラクロロエタン、クレゾール		○		
エチレングリコールモノエチルエーテル、エチレングリコールモノエチルエーテルアセテート、エチレングリコールモノブチルエーテル、エチレングリコールモノメチルエーテル			○	
二硫化炭素				○

○印に該当する検査が必要となります。

有機溶剤名、慣用名、商品名一覧表

(下記に該当するものは、全て代謝物の検査が必要です。)

有機溶剤の名称	慣用名	商品名	用途
キシレン	キシロール X (エックス)	シンナー等	塗装、洗浄
スチレン	—	ユビカ	ポリエステル樹脂の成型加工
トルエン	トリオール、T	シンナー等	塗装、洗浄
1・1・1-トリクロロエタン	トリエタン	クロロセン、エターナ、スリーワン、カンデントリエタン	洗浄、離型剤
ノルマルヘキサン	ヘレーヘキサン	(ボンド)	接着
N・N-ジメチルホルムアミド	N・N-DMF	DMF (ディー・エム・エフ) 等	洗浄
トリクロロエチレン	トリクレン	トリクロールエチレン	洗浄
テトラクロロエチレン	パークロ、パークレン	(アサヒ) パークロール	洗浄

⑦下記の質問にお答え下さい。

*症状のない人は、下記の質問欄に記入の必要はありません。

*かぜや食あたりのように、はっきりした原因がわかっている症状の場合は、書かないで下さい。

*最近6ヶ月以内の自覚症で、あてはまる項目がある時は、そこに○を付けて下さい。

*「いつも」とは、ほとんど毎日その症状があるか、又は交代で作業する場合には、その都度、症状がでるものとして
ます。

*「時々」とは、週に1～2回何かのきっかけ（例えば悪天候、過労等）で症状がでる場合とします。

*症状のある人は、何ヶ月前からかおおよそのことを書いて下さい。

	自覚症状	いつも	時々	何ヶ月前から		自覚症状	いつも	時々	何ヶ月前から
1	頭が重い				13	集中力の低下を感じる			
2	頭が痛い				14	手がふるえる			
3	めまいがする				15	のどや目がチクチクする			
4	気持ちが悪くなる				16	手・足がかぶれる			
5	はき気がする				17	手・足が痛い			
6	食欲がない				18	手・足の感じがおかしい			
7	腹が痛い				19	握る力がおとろえてきた			
8	体重が減った（半年に3kg以上） ※該当者は右に○を付けて下さい					膝蓋腱反射異常：医師の診断		右	左
9	どうきがする				20	アキレス腱反射異常：医師の診断		右	左
10	よく眠れない				21	視力がおとろえてきた			
11	不安になる				22	その他			
12	いらいらする								

既往症	今迄に、有機溶剤による症状と医師に診断された場合は、次に記入して下さい。
	症状： 期間： 年 月頃～ 年 月頃