

騒音業務健康診断受診票

事業所名	会場名
受付番号	フリガナ トケン 知ウ
氏名	特健 太郎 様

記入例

※ご本人様が太線枠内の該当する に数字あるいは をご記入ください。

健診区分	業務歴	保護具	取扱時間(1日平均)
<input checked="" type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 1 雇入れ <input type="checkbox"/> 2 配置替え	(現在の会社) <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 (過去の会社) <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 0 なし <input type="checkbox"/> 1 耳栓 <input type="checkbox"/> 2 イヤーマフ <input type="checkbox"/> 3 その他	<input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 分

【業務名】 ●対象の業務をお答えください。

1 びょう打ち 2 岩石の粉碎 3 ハンマーによる打撃 4 チェーンソー等による伐採 5 電動ハンマーによる成型等 6 金属の研磨 7 金型の成型
 8 サンダー 9 電動ドライバー等

【既往歴】

0 なし 7 鼻疾患

太枠内をご記入ください。

【自覚症状】 ●騒音業務に従事するようになってから、最近1年間で次のような症状がありましたか。

0 なし 1 耳鳴りがする 2 耳がつまった感じがする 音が聞こえにくい
 3 テレビ、ラジオの音を大きくしないと聞こえない
 4 電話の応対に、不便を感じる
 5 日常の会話に、不便を感じる
 6 その他 ()

気道純音聴力検査 遠別 (1000、4000の閾値検査)

	250	500	1000	2000	4000	8000	備考
右○	<input type="checkbox"/>						
左×	<input type="checkbox"/>						
-10							
0							
10							
20							
30							
40							
50							
60							
70							
80							
90							

※これより下は当日、診察医師が記入します。

【診察所見】

0 なし
 1 あり

【診察医師意見】

※所見以外で健康管理担当者（産業医等）へ伝えたいことがある場合は、記入してください。(25文字以内)

※医師名および医師コードの記入は、【特殊健診依頼表】へお願いします。