

レーザー光線受診票

事業所名	会場名
受付番号	フリガナ
トケン タロウ	
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 定期 1 雇入れ 2 配置替え

クラス分類	業務歴	保護具	取扱時間(1日平均)
<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 <input checked="" type="checkbox"/> 4 3B	(現在の会社) (過去の会社)	<input type="checkbox"/> 0 なし <input checked="" type="checkbox"/> 1 保護メガネ <input type="checkbox"/> 2 保護衣	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 2 <input checked="" type="checkbox"/> 5 4	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ヶ月 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> ヶ月	<input type="checkbox"/> 3 保護クリーム <input type="checkbox"/> 4 遮光面	<input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 分
<input checked="" type="checkbox"/> 3 3A		<input type="checkbox"/> 5 その他	

【業務名】 ●太枠内をご記入ください。

1 製造 7 試験・研究

8 機器・装置取扱い 9 洗浄・乾燥 10 その他 ()

【既往歴】 ●今までに、レーザー光線による病気で、入院または通院したことがありますか。

0 なし 1 あり → 病名 ()

【自覚症状】 ●レーザー光線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 眼が疲れる 2 眼が痛い 3 眼のまぶしさ 4 眼がかすむ 5 視力の低下

6 視界の中心がぼやけたり小さく見えたりする 7 その他 ()

※これより下は当日、診察医師が記入します。

【診察所見】

眼の所見	皮膚の所見
<input type="checkbox"/> 0 なし <input type="checkbox"/> 1 角膜炎 <input checked="" type="checkbox"/> 2 結膜炎 <input type="checkbox"/> 3 白内障	<input type="checkbox"/> 4 皮膚の老化 <input type="checkbox"/> 5 紅斑 <input checked="" type="checkbox"/> 6 色素沈着
<input type="checkbox"/> 7 その他 ()	

【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。