

特殊健康診断 申込書

健診受診日：令和 年 月 日

振込

◎特殊健康診断申し込みに関する注意事項をご確認ください。
◎案内の申込締切日までにFAXにてお申し込みください。

事業所名

送り先：甲府労働基準協会
FAX：055-224-6788

住所 〒
電話番号

FAX番号

担当者名

※下記太枠内のみご記入ください ※初回で受けられる物質については◎の記載をお願い致します

No.	カナ氏名	性別	生年月日	有機溶剤	有機溶剤名 (商品名でなく有機溶剤名を記入) 例：シンナー⇒トルエン、キシレン (有機溶剤健康診断質問表を参照)	エチルベンゼン (塗装業務に限る)	メチルイソブチルケトン	クロロホルム	トリクロロエチレン	ジクロロメタン					電離放射線	鉛	石棉	塩化ビニル	クロム酸	セラミックファイバー リフラックトリバー	溶接ヒューム	じん肺 下の段にじん肺 最終受診年月	マンガン化合物	弗化水素	特殊菌科 下の段に対象となる 溶剤名をご記入ください		
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
合計人数																											
※病院使用欄																											

特殊健康診断 申込書 記入例

健診受診日：令和 年 月 日

振込

◎特殊健康診断申し込みに関する注意事項をご確認ください。
 ◎案内の申込締切日までにFAXにてお申し込みください。

送り先
FAX

事業所名

名簿は受診日ごと作成

住所 〒

電話番号

FAX番号

特殊歯科健診をお申込みの場合は、
事前にお問い合わせ下さい。

※下記太枠内のみご記入ください ※初回で受けられる物質については◎の記載をお願い致します

No.	カナ氏名	性別	生年月日	有機溶剤	有機溶剤名 (商品名でなく有機溶剤名を記入) 例：シンナー⇒トルエン、キシレン (有機溶剤健康診断質問表を参照)	エチルベンゼン (塗装業務に限る)	メチルイソブチルケトン	クロロホルム	トリクロロエチレン	ジクロロメタン	電離放射線	鉛	石綿	塩化ビニル	クロム酸	セラミックファイバー リフラックトリバー	溶接ヒューム	じん肺 下の段にじん肺 最終受診年月	マンガン化合物	弗化水素	特殊歯科 下の段に対象となる 溶剤名をご記入ください
例	コウセイ タロウ 厚生 太郎	男	19××/5/0	○	トルエン・キシレン・IPA		○			◎							○	2020.11		○	○ 塩酸/弗化水素
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
合計人数																					
※病院使用欄																					

有機溶剤実施の場合
有機溶剤名を記入

対象物質に○を記入
当実施機関にて以前受けたことがある物質には○
初回実施の物質は◎

※ ○の方は個人票を当日お持ちください
(前回実施の結果に同封されていますのでご確認ください)

溶接ヒューム健康診断を実施の場合
じん肺の項目の下の段に最終受診年月を記入

※ 定期的にじん肺健康診断を実施されていない方は
溶接ヒューム健康診断と一緒にじん肺健康診断を
お申し込みください(3年に1回の検査が必要です)