様式第2号(第54条関係)

# 鉛 健 康 診 断 個 人 票

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 雇入年月日 | 年 月 日 |
| | | 性 別 | 男 ・ 女 | | |
| 鉛 業 務 の 経 歴 | | | | | |
| 健 診 年 月 日 | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 齢 | | 歳 | 歳 | 歳 | 歳 | 歳 |
| 1. 雇入れ 2. 配置替え 3. 定期の別 | | | | | | |
| 鉛 業 務 名 | | | | | | |
| 作業条件の簡易な調査の結果 | | | | | | |
| 鉛 に よ る 既 往 歴 | | | | | | |
| 自 覚 症 状 | | | | | | |
| 他 覚 症 状 | | | | | | |
| 血液中の鉛の量 (μg／100ml) | | | | | | |
| 尿中のデルタアミノレブリン酸の量 (mg／l) | | | | | | |
| 医師が必要と認める者に行う検査 | | | | | | |
| 作 業 条 件 の 調 査 の 結 果 | | | | | | |
| 貧血検査 | 血色素量 (g／dl) | | | | | |
| 貧血検査 | 赤血球数 (万／$mm^3$) | | | | | |
| 赤血球中のプロトポルフィリンの量 ( ) | | | | | | |
| 神 経 学 的 検 査 | | | | | | |
| そ の 他 の 検 査 | | | | | | |
| 医 師 の 診 断 | | | | | | |
| 健康診断を実施した医師の氏名 | | | | | | |
| 医 師 の 意 見 | | | | | | |
| 意見を述べた医師の氏名 | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | |

備考

1　「1．雇入れ　2．配置替え　3．定期の別」の欄は、該当番号を記入すること。

2　「鉛業務名」の欄は、労働安全衛生法施行令別表第4の鉛業務の種類を号数で記入すること。

3　「自覚症状」及び「他覚症状」の欄は、次の番号を記入すること。

1．食欲不振、便秘、腹部不快感、腹部の疝痛等の消化器症状　2．四肢の伸筋麻痺又は知覚異常等の末梢神経症状　3．関節痛　4．筋肉痛　5．蒼白　6．易疲労感　7．倦怠感　8．睡眠障害　9．焦燥感　10．その他

4　血液中の鉛の量及び尿中のデルタアミノレブリン酸の量の検査について、鉛中毒予防規則第53条第2項の規定により、医師が必要でないと認めて省略した場合には、「血液中の鉛の量」及び「尿中のデルタアミノレブリン酸の量」の欄に「＊」を記入すること。この場合、必要により備考欄にその理由等を記入すること。

5　「赤血球中のプロトポルフィリンの量」の欄の(　)内には、「μg／100ml全血」、「μg／100ml赤血球」等の単位を記入すること。

6　「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

7　「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。