

# 化学物質取扱状況調査票（特定化学物質・有機溶剤・歯科健診）

職員番号		職種		常勤	非常勤	週労働時間	h
ふりがな							
氏名	男 女			所属	係・講座		
生年月日	S	H	年 月 日	内線・携帯	連絡の取れる番号を記入してください。		

※別表4-1(特殊健康診断用化学物質一覧)から化学物質を選択し記載してください。

<b>A 特定化学物質等健康診断</b>	特定化学物質の使用実績が	ある*	従事予定あり	ない
----------------------	--------------	-----	--------	----

別表No1～No83 特定化学物質健康診断を希望します（業務状況a・bは必須、c・d・eは希望者）

	使用物質		業務年数	使用量/日	a	b	c	d	e	使用場所 (実験室等)
	番号	物質名			週5日 以上	週1～4日	週1回 未満	通年で連続的 (月1回以上)	断続的不定期 (年数回) 直近月	
1			年	ml					月	
2			年	ml					月	
3			年	ml					月	
4			年	ml					月	
5			年	ml					月	

↑ホルムアルデヒド、エチレンオキシドガスに係る業務は特化物健診対象外ですが特定業務従事者健診の対象者です

<b>B 有機溶剤等健康診断</b>	有機溶剤の使用実績が	ある*	従事予定あり	ない
--------------------	------------	-----	--------	----

別表No84～No127 有機溶剤健康診断を希望します（業務状況a・bは必須、c・d・eは希望者）

	使用物質		業務年数	使用量/日	a	b	c	d	e	使用場所 (実験室等)
	番号	物質名			週5日 以上	週1～4日	週1回 未満	通年で連続的 (月1回以上)	断続的不定期 (年数回) 直近月	
1			年	ml					月	
2			年	ml					月	
3			年	ml					月	
4			年	ml					月	
5			年	ml					月	

<b>C 歯科医師による健康診断</b>	ある*	従事予定あり	ない
----------------------	-----	--------	----

別表No200～No206 歯科医師による健康診断を希望します（業務状況a・bは必須、c・d・eは希望者）

	使用物質		業務年数	使用量/日	a	b	c	d	e	使用場所 (実験室等)
	番号	物質名			週5日 以上	週1～4日	週1回 未満	通年で連続的 (月1回以上)	断続的不定期 (年数回) 直近月	
1			年	ml					月	
2			年	ml					月	
3			年	ml					月	
4			年	ml					月	
5			年	ml					月	