

受診票のご記入方法(レーザー光線健康診断用)

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

『個人情報の取り扱い』について

- ◆当事業団における個人情報の取り扱い及び利用目的をご理解のうえ、同意するに○印をご記入ください。

レーザー光線健康診断受診票

受診日 _____ 受診№ _____

＜個人情報の取り扱いについて＞

健康診断で取得した個人情報は、各種検体検査の分析及び結果等の報告に利用します。
また、精密検査や再検査が必要となった場合に受診勧奨及び医療機関への追跡調査等にも利用します。
個人情報の取り扱いの詳細については、当事業団のホームページ等をご参照ください。
当事業団における個人情報の取り扱い及び利用に同意しますか？

同意する

- ◆印字されていない方は、団体（事業所）・所属・氏名・性別・年齢・生年月日は、必ずご記入ください。
また、印字されているもので変更があれば、訂正してください。
- ◆氏名には、必ずフリガナをご記入ください。

『受診区分』について

- ◆3つの選択肢の中から1つを選び、□に数字を記入ください。

- ◆◆過去の勤務先でレーザー光線取扱い業務に従事したことがある方は延べの年数をご記入ください。
また、現在の勤務先でのレーザー光線取扱い業務の従事期間をご記入ください。

『業務名』について

- ◆該当する業務名を1つ選び、番号を記入してください。

『既往歴』について

- ◆今までにレーザー光線取扱いにより入院したり通院したりしたことがある方は“あり”に斜線をご記入ください。また、病名のご記入もお願いいたします。

- ◆既往歴がなければ、“なし”の欄に斜線をご記入ください。

『自覚症状』について

- ◆記載している症状の中で、最近よく感じる症状があれば、該当欄の□に斜線をご記入ください。
(複数選択可)

- ◆◆自覚症状がなければ、“該当なし”の欄に斜線をご記入ください。

※漢字氏名・姓氏名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください

団体名 _____

所属 _____

フリガナ _____

姓名 _____

生年月日 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日生 年齢

団体コード _____ - _____

所属コード _____

個人コード _____

受診№ _____

記入しないでください

(左詰記入)

★下記の太枠内の問診について □斜線または数値をご記入ください。

記載されている場合で変更がある方は訂正記入してください。

受診区分	1.雇用 2.配置替 3.定期	業務名
過去の勤務先でレーザー光線取扱い業務に従事していた場合の延べ年数は	年 月から 年 月まで	1.計測 2.通信 3.加工等
現在の勤務先でレーザー光線取扱い業務に従事している期間は	年 月から 年 月まで	レーザー機器クラス分類
既往歴	1.なし 2.あり ⇒ (病名:)	※該当するクラスを1つ選び、番号を記入してください。
自覚症状	※今までにレーザー光線により医療機関に入院したり通院したりしたことがありますか？	1.クラス3R 2.クラス3B 3.クラス4
	該当なし 601 眼が見えにくい 602 眼の充血がある 603 目にやがが多い 604 眼が痛い	
	605 皮膚が赤い 606 水疱がある 607 皮膚が厚くなっている 608 色素沈着がある	
	609 やけどがある 999 その他	

※以下は記入しないでください。

※ 診察は所見のみで、判定記入は不要です。

結果記入欄

所見なし	所見あり
所見名: _____	
診察所見	
<診察上の主な重り項目>	
*眼(角膜・結膜・白内障・角膜火傷等)	
・結膜炎、角膜炎、白内障、角膜火傷等	
*皮膚障害	
・色素沈着、光線過敏症、紅斑、皮膚の老化、火傷等	
など	
医師名 _____	

記入しないでください

右 裸眼 () 左 裸眼 ()

右 矯正 () 左 矯正 ()

右 眼鏡 () 左 眼鏡 ()

右 未満 () 左 未満 ()

(公財)長崎県健康事業団
〒859-0401 長崎県諫早市多良見町化屋986-3
TEL 0957-43-7131 FAX 0957-43-7139
http://www.npmhc.jp (H22.9)