

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。

- ◆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、□に数字をご記入ください。
- ◇◇過去の勤務先でレーザー光線取り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り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り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。

レーザー光線健康診断受診票

受診日 受診No.

<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扱い及び利用に同意しますか？ ☒ 同意する

※選字氏名・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	団体コード	所属コード	個人コード	受診施設
所 属				
フリガナ氏名				
生年月日	2.大正 3.昭和 4.平成	年	月	日
性別				
年齢				

(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 <input type="checkbox"/> 1.雇入 <input type="checkbox"/> 2.配置替 <input type="checkbox"/> 3.定期	業務名 ※該当する業務名を1つ選び、番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> 1.計測 <input type="checkbox"/> 2.通信 <input type="checkbox"/> 3.加工等
過去の勤務先でレーザー光線取り扱い業務に従事していた場合の延べ年数は <input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 年 月 日まで	レーザー機器クラス分類 ※該当するクラスを1つ選び、番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> 1.クラス3R <input type="checkbox"/> 2.クラス3B <input type="checkbox"/> 3.クラス4
既往歴 <input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり⇒ (病名:)	※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？
自覚症状 <input type="checkbox"/> 0 該当なし <input type="checkbox"/> 601 眼が見えにくい <input type="checkbox"/> 602 眼の充血がある <input type="checkbox"/> 603 目やにが多い <input type="checkbox"/> 604 眼が痛い <input type="checkbox"/> 605 皮膚が赤い <input type="checkbox"/> 606 水疱がある <input type="checkbox"/> 607 皮膚が厚くなっている <input type="checkbox"/> 608 色素沈着がある <input type="checkbox"/> 609 やけどがある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/>	裸眼 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>
所見名: ()	視力検査 矯正 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>
<診察上の注意事項> *眼(角膜・瞳孔)の障害 *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	眼底検査 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>
医師名 <input type="text"/>	(公財) 長崎県健康事業団 〒859-0401 長崎県諫早市多良見町佐屋986-3 TEL 0957-43-7131 FAX 0957-43-7139 http://www.npmhc.jp (H22.9)