建災防栃木県支部様式－８

統括管理者

新規入場者等問診票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一次 | 会社名 |  | 後次 | 会社名 | （　　次） |
| 事業者名 |  | 事業者名 |  |

※　下記について、労働災害を防止するために大切なことですから、あなたが記入してください。

　適正配置のために役立てるものですから、うその記入をすると、あなたを守れませんから退場を命じます。　またケガ、その他の場合には、あなたの重大な過失として労災の適用を受けられないことがあります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和  平成 | 年　　月　　日(　　　才) | | |
| 氏名 |  |
| 現住所 |  | | | | 血液型 |  |
| 職種 | 土工・鳶工・型枠工・大工・左官工・鉄筋工・配管工・解体工・造園工  内装工・塗装工・瓦工・板金工・電気工・交通整理員・オペレーター・  その他（　　　　　　　　　　） | | | | 経験  年数 | 年 |

家族関係（緊急連絡のできる人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| あなたのご家族の氏名 | 続柄 | 年令 | ご家族に連絡のつく電話番号 |
|  |  | 才 | （　　　　　　）　　　　　　－ |
| あなたのご家族の住所 |  | | |

申告事項(健康状態確認票)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 最近あなたが受けた一般健康診断はいつですか？ | | | | | | | | | | | | | | | | 平成　　　　年　　　　月頃 | | | | | | | |
| 健康診断で指摘を受けた事項がありますか？ | | | ある  ない | | | あるとすればどこですか？ | | | | | | |  | | | | | | 再検診を受けましたか | | | | はい  いいえ |
| ２ | 医師から働く上で注意する点、指導を受けたことはありますか？ | | | | | | | | | ある  ない | | あるとすれば何ですか？ | | | | | | |  | | | | | |
| ３ | 特殊健康診断を受けたことがありますか？ | | | | | | | | | | | | | | ある（　　　　年　　　　月頃）　　ない | | | | | | | | | |
| 特殊健康診断で指摘を受けた事項がありますか？ | | | | | ある  ない | | | | あるとすれば何ですか？ | | | | | 塵肺・石綿肺・中皮腫・振動病・難聴・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ４ | 仕事でケガをして、今も具合の悪いところはありませんか？ | | | | | | | ある  ない | | | あるとすればどこですか？ | | | | | | | 目、耳、首、肩、肘、指、腰、膝、足首  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ５ | 持病はありませんか？ | ある  ない | | あるとすれば何ですか？ | | | | | | | 心臓、肝臓、腎臓、胃、肺、腸、てんかん  他（　　　　　　　　　）病名（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 治療中の病気はありますか？ | ある  ない | | あるとすれば何ですか？ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 日頃の血圧はどのくらいですか | | | | | | | | ～ | | | | | | | 治療していますか | | | | | | はい　　いいえ | | |
| ７ | あなたはめまいをするようなことはありませんか？ | | | | | | | | | | | | | | | はい　　いいえ | | | | | | 症状 |  | |
| ８ | 前にギックリ腰になったことがありましたか？ | | | | | | | | | | | | | | | はい　　いいえ | | | | | |
| ９ | あなたの目の状態は？ | | | | 良い・悪い（　　　） | | | | | | | | あなたの耳の状態は？ | | | | | | | | 良い・悪い（　　　） | | | |
|  | 現在、あなたの身体の調子はどうですか？ | | | | | | | | | | | | 良い・普通・悪い（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| その他、適正配置に必要な事項を申告してください | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　上記の記載事項に相違ありません。

平成　　年　　月　　日　　氏名（自著）