

歯科特殊健康診断票

事業場名

※ 太線枠内に記入してください

氏名	生年	年 月 日 生 才	所 属	雇 入	年 月 日
----	----	-----------	-----	-----	-------

診 査	年 月 日	写 真	Yes No	診 査 者	年 月 日	写 真	Yes No	診 査 者
-----	-------	-----	-----------	-------	-------	-----	-----------	-------

作業内容	経 験 年 月	経 験 年 月
取扱い物質 取扱い量	塩酸、硝酸、硫酸、亜硫酸、フッ化水素、黄りん、その他・取扱い物質すべて	
取扱い時間等	一連続作業時間 _____ 分、時間 取扱い回数 _____ 回 / 日、週、月、年	
局所排気 全体換気	*なし・非使用・時々・常時 *なし・非使用・時々・常時	
呼吸用保護具	*マスク（非使用・時々・常時） *種類（防じん・防毒・簡易他）→ 国家検定（非検定・検定・JIS・わからない） *フィットチェック・テスト（いいえ・時々・はい）	
他保護具	*手袋 *めがね *他	
その他 気になる状況	なし あり	

その他 気になる所見	なし あり																																																							
口 腔 所 見 Dental Erosion	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">(E0)</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">歯</td> </tr> <tr> <td colspan="17" style="border-top: 2px solid black; height: 10px;"></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">(E1)以上</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">歯</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(E0)	歯																				8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(E1)以上	歯
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(E0)	歯																																							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(E1)以上	歯																																							
Other Findings	*なし *あり → _____																																																							

他 科 所 見	*なし *不明 *あり→
---------	--------------

診 断 区 分	*異常なし *要観察 *要精密検査 *要医療
---------	------------------------

就 業 区 分	*通常勤務 *就業制限 *要休業 (歯科医師の意見として)
---------	-------------------------------

総 合 意 見	
---------	--

