

歯科特殊健康診断票

事業所名

※ 太線枠内に記入してください

診 査	年 月 日	写 真	Yes No	診 査 者	
氏 名		生年月日	年 月 日	才	
所 属		雇入年月	年 月 日		
作業内容		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（主な取扱い物質すべて）				
取扱い	一連続作業時間	分・時間	取扱い回数	回／日・週・月・	
換気装置	全体換気（なし・非使用・時々・常時）		局所排気（なし・非使用・時々・常時）		
呼吸用保護具 （マスク）	マスク（非使用・時々・常時） 種類（使い捨て・防じん・防毒・簡易） 国家検定（非検定・検定・JIS・わからない） フィットチェック（いいえ・ときどき・常時）				
他保護具	非使用・使用（手袋・めがね・長靴・他）				
コメント	換気装置・保護具・作業環境・作業状況など				
その他	作業者が安全衛生面で気になっていること、酸性食品など				

自覚症状	なし・あり																	
口腔所見	Dental Erosion		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	E0は 表面欠損度にかかわらず疑問型		_____															
	E1～E4は う蝕と同じ表面欠損度		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	Other findings		_____											E0 _____ 歯				
	なし・あり →		_____											E1以上 _____ 歯				
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・要休養（歯科医師の意見として）																	
総合意見																		