

事業所名

歯科特殊健康診断票

※ 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
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 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（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）		
他保護具	*フィットチェック（いいえ・時々・常時） *手袋 *めがね *他		
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	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>(E0) _____ 歯</td> </tr> <tr> <td colspan="16"><hr/></td> <td>(E1)以上 _____ 歯</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td></td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(E0) _____ 歯	<hr/>																(E1)以上 _____ 歯	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(E0) _____ 歯																																				
<hr/>																(E1)以上 _____ 歯																																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																					
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																																																				