

有機溶剤取扱い作業者に関するアンケート

事業所・班名				記入日	年	月	日
				生年月日	年	月	日
フリガナ				年齢	歳		
氏名							
性別		男	身長	cm	体重	kg	
作業条件調査	今の仕事に就いた時期	年	月	取扱溶剤名			
	溶剤・塗料・インク使用年数	年	月				
	今の会社外での取扱年数	年	月				
	今の仕事の内容(具体的に書いて下さい)						
<p>※近頃、溶剤や塗料、印刷インクなどを使った作業中に次のような事を経験したことがありますか？</p> <p>ひとつひとつの事柄について、○か×をつけて下さい。</p>							
自覚症状調査	1.頭がぼーっとする	()	16.胃が重い	()			
	2.頭が重い	()	17.気分が悪い	()			
	3.頭が痛い	()	18.胃が痛い	()			
	4.目が充血する	()	19.指先が震える	()			
	5.目やにがが多く出る	()	20.手足がしびれる	()			
	6.目が疲れる	()	21.足元がふらつく	()			
	7.まぶたがピクピクする	()	22.足が痛い	()			
	8.涙が出やすい	()	23.腰が痛い	()			
	9.目が痛い	()	24.関節が痛い	()			
	10.のどがいがらっぽい	()	25.皮膚が荒れる	()			
	11.咳が出る	()	26.皮膚がかゆい	()			
	12.のどが痛い	()	27.疲れがひどい	()			
	13.鼻水が出る	()	28.めまいがする	()			
	14.くしゃみが出る	()	29.立ちくらみがする	()			
	15.顔がほてる	()	30.息切れがする	()			
<p>※溶剤や塗料、印刷インクなどを使った作業中に次のような事を感じたことがありますか？</p> <p>ある場合、それはいつごろですか？該当する項目を○で囲んでください。</p>							
その他	1. 酒を飲んだ時のような気分になった事がありますか？						
	ある	<div style="display: flex; align-items: center;"> イ. 今の仕事についてた頃 <input type="checkbox"/> 1~2年たった頃 ハ. 2~3年たった頃 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 二. 4~5年たった頃 <input type="checkbox"/> ホ. 今の仕事についてから現在まで </div>					
	ない						
	2. 最近お酒の量は以前に比べてどうですか？						
飲む	<div style="display: flex; align-items: center;"> イ. 飲めなくなった <input type="checkbox"/> 口. かなり減った ハ. 少し減った </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 二. 変わらない <input type="checkbox"/> ホ. 増えた </div>						
	飲まない						
3. 顔色が悪いと人から言われた事がありますか？							
ある	<div style="display: flex; align-items: center;"> イ. 今の仕事についてた頃 <input type="checkbox"/> 口. 1~2年たった頃 ハ. 2~3年たった頃 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 二. 4~5年たった頃 <input type="checkbox"/> ホ. 今の仕事についてから現在まで </div>						
	ない						
4. 溶剤の臭いがないと落ち着かない事がありますか？							
ある	<div style="display: flex; align-items: center;"> イ. 今の仕事についてた頃 <input type="checkbox"/> 口. 1~2年たった頃 ハ. 2~3年たった頃 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 二. 4~5年たった頃 <input type="checkbox"/> ホ. 今の仕事についてから現在まで </div>						
	ない						