

# 歯科特殊健康診断票

事業場名

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 ・ 亜鉛酸 ・ フッ化水素 ・ 黄リン ・ 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	取り扱い回数	回/日・週・月・年	
換気装置	全体換気 (なし・非使用・時々・常時)		局所換気 (なし・非使用・時々・常時)		
作 業 環 境	マスク (非使用・時々・常時) 種類 (防じん・防毒・簡易) 国家検定 (非検定・検定・JIS・わからない) フィットテスト (いいえ・時々・はい) 使用 (非使用・手袋・めがね・長靴・他)				
嗜好品	炭酸飲料 ・ 柑橘類 ・ 他酸性の食品 摂取量 (少ない・普通・多い)				

自覚症状	なし ・ あり																	
口腔所見 Dental Erosion <small>(E0は 歯質欠損度にかかわらず 疑問型 E1～E4は う蝕と同じ歯質欠損区分)</small>	上																上	
	(右)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(左)
	下																	下
	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)																	
歯科医師 総合意見	印																	