

Permintaan Harap diisi dengan **pensil** dengan **contoh** . Harap jangan melipat kertas ini.

**Ini adalah contoh cara mengisi formulir,
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini**

Riwayat penyakit Harap isi dengan nama penyakit yang relevan, usia saat muncul penyakit , serta kondisi pengobatan .		Riwayat keluarga (Keturunan pertama)	
<input type="radio"/> Kondisi pengobatan 0. Dalam pengobatan (Ada obat) 1. Dalam pengobatan (Tanpa obat) 2. Dalam masa observasi 3. Sembuh total 4. Dioperasi 5. Dibiarkan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada [Contoh pengisian] Penyakit jantung/Muncul penyakit 45 tahun/jika sedang dalam pengobatan oral Nama penyakit 01 45 0		Nama 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	
Gejala subjektif Harap diisi dengan nomor untuk gejala yang relevan. <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada 01 Kelelahan seluruh badan 07 Pusing / vertigo 16 Sakit dada / sakit punggung 35 Sakit pinggang 02 Stroke 09 Penyakit mata 32 Kanker paru-paru 03 Hipertensi 13 Anemia 33 Kanker lambung 04 Diabetes 14 Tukak lambung / usus dua belas jari 34 Kanker usus besar 05 Penyakit ginjal 20 Penyakit pemapasan 35 Kanker payudara 06 Hiperurisemia (penyakit asam urat) 25 Gangguan ginekologi 36 Kanker serviks 07 Penyakit hati 45 Penyakit tiroid 37 Kanker prostat 08 Dislipidemia (Hiperlipidemia) 17 Penyakit lainnya		Nama penyakit lainnya Jika mengisi 17 (Penyakit lainnya) di kolom nama penyakit, harap isi nama penyakit secara spesifik di kolom sebelah kanan"	
Riwayat pekerjaan Harap diisi dengan nomor pekerjaan yang pernah dilakukan. <input checked="" type="checkbox"/> Tidak relevan 01 Pekerjaan pada panas tinggi 08 Pekerjaan pada kebisingan 02 Pekerjaan pada suhu rendah 09 Pekerjaan di bawah tanah 03 Pekerjaan yang terkait radiasi 10 Pekerjaan di larut malam 04 Pekerjaan yang kotor / berdebu 11 Pekerjaan penanganan material berbahaya 05 Pekerjaan pada tekanan udara abnormal 12 Pekerjaan yang berdebu, beruap, dan gas beracun 06 Pekerjaan dengan getaran 13 Pekerjaan kontaminasi patogen		Kondisi pekerjaan Bagi yang saat ini masih bekerja, harap diisi dengan nomor yang relevan. ● Pada tempat kerja saat ini, seperti apa struktur kerjanya? 1 Shift pagi normal 2 Shift malam normal 3 Sistem pergantian shift (Ada dua shift, shift pagi dan malam) ● Di tempat kerja saat ini, berapa rata-rata jumlah jam kerja per hari dalam satu bulan terakhir? 1 Kurang dari 6 jam 2 Lebih dari 6 jam kurang dari 8 jam 3 Lebih dari 8 jam kurang dari 10 jam 4 Lebih dari 10 jam ● Di tempat kerja saat ini, berapa rata-rata jumlah hari kerja dalam seminggu di satu bulan terakhir? 1 Kurang dari 3 hari 2 Lebih dari 3 hari kurang dari 5 hari 3 5 hari 4 Lebih dari 6 hari	
Riwayat pengobatan Helicobacter pylori Reseksi lambung		Riwayat pengobatan Ada Tidak ada	

*Persetujuan terkait penanganan data pribadi dalam pemeriksaan kesehatan... Setuju ☒ Tidak setuju ☐

**Ini adalah contoh cara mengisi formulir,
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini**

Revolusi kesehatan

~Perubahan diri sendiri adalah langkah awal menuju kesehatan~



**Ini adalah contoh cara mengisi formulir,
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini**

Lembar Pemeriksaan Kesehatan



Harap jangan potong di sini.

- Permintaan**
- Harap diisi dengan **pensil** (sebisanya mungkin di atas B) hanya di dalam kotak tebal pada halaman 2 dan 4.
 - Jika nama, tanggal lahir sudah tercetak sebelumnya, periksa poin tersebut, jika menemukan kesalahan, harap diperbaiki dengan **pensil**.
 - Kertas ini akan diproses dengan mesin sehingga tidak boleh dilipat atau ditekuk kecuali pada bagian yang bergaris putus-putus.

Revolusi kesehatan

~Perubahan diri sendiri adalah langkah awal
menuju kesehatan~

(Perusahaan umum) Organisasi Asosiasi Federasi Nasional Kesehatan
Pekerjaan
Sertifikasi Sistem Evaluasi Fungsi Layanan Kesehatan pekerjaan

Yayasan Umum Yayasan Kesehatan Infomasi Medis

4F Koshin Building, 4-15 Tenya-cho, Hakata-ku, Fukuoka-shi, 812-0025

<Kantor Pusat> TEL (092)272-2391 FAX (092)272-2392

<Layanan informasi> TEL (092)271-6421 FAX (092)271-6422

<https://www.kenko-zaidan.or.jp>

Poin perhatian saat pengisian

Contoh pengisian
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

*Harap diisi dengan tidak keluar dari kotak.

Contoh pengisian
Nama
Katakana F u k u o k a j i r o
Kanji 福岡 次郎
Tanggal lahir T S H 5 0 0 7 Bulan 0 7 Tahun

* Untuk nama dengan huruf Kana, harap berikan jarak 1 kotak antara nama depan dan belakang. Harap gunakan 1 kotak untuk tanda konsonan.
* Untuk nama dengan huruf Kanji, harap berikan jarak 1 kotak antara nama depan dan belakang.



Situs Yayasan
Kesehatan
Informasi Medis

Ini adalah contoh cara mengisi formulir,
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini

Lembar Pertanyaan Pemeriksaan Kesehatan Khusus

● Harap diisi pada setiap nomor yang sesuai dengan contoh karakter untuk pengisian.

Contoh karakter untuk pengisian

1 2 3 4 5

1	Apakah pernah diberitahu oleh dokter bahwa Anda menderita penyakit ginjal kronis, gagal ginjal, serta menjalani pengobatan (hemodialisis, dll.).				Ya	Tidak	
2	Apakah saat ini memiliki kebiasaan merokok? (*Bagi yang memiliki kebiasaan merokok" artinya apabila memenuhi kriteria 1 dan kriteria 2) Kriteria 1: Merokok 1 bulan terakhir Kriteria 2: Merokok lebih dari 6 bulan atau merokok lebih dari 100 batang selama hidupnya		1: Ya (memenuhi kriteria 1 dan kriteria 2)				
			2: Sebelumnya merokok, namun 1 bulan terakhir tidak merokok (hanya memenuhi kriteria 2)				
			3: Tidak (selain nomor 1 dan 2 di atas)				
	Jumlah batang		Batang/hari	Periode		Tahun	
3	Apakah berat badan naik lebih dari 10 kg dari berat badan saat umur 20 tahun?				Ya	Tidak	
4	Apakah setiap minggu melakukan lebih dari 2 hari olahraga ringan yang mengeluarkan keringat dan 1 kalinya lebih dari 30 menit?				Ya	Tidak	
5	Apakah dalam kehidupan sehari-hari melakukan aktivitas tubuh seperti berjalan atau sejenisnya lebih dari 1 jam dalam 1 hari?				Ya	Tidak	
6	Apakah kecepatan berjalan lebih cepat jika dibandingkan dengan yang seumur dan berkelamin sama?				Ya	Tidak	
7	Kondisi mana yang sesuai saat Anda makan dan mengunyah makanan?		1: Bisa makan dengan mengunyah apapun				
			2: Ada bagian yang dikhawatirkan seperti gigi, gusi, gigitan, dan area lainnya, sehingga sulit				
			3: Hampir tidak bisa mengunyah				
8	Apakah kecepatan makan lebih cepat dibandingkan orang lain?				Cepat	Lambat	Normal
9	Apakah melakukan makan malam kurang dari 2 jam sebelum tidur seminggu lebih dari 3 kali?				Ya	Tidak	
10	Apakah mengonsumsi snack atau minuman manis selain makan 3 kali yaitu sarapan, makan siang, dan malam?		1: Setiap hari				
			2: Kadang-kadang				
			3: Hampir tidak melakukan				
11	Apakah pernah tidak sarapan seminggu lebih dari 3 kali?				Ya	Tidak	
12	Apakah istirahat dan tidur dengan cukup?				Ya	Tidak	
13	Seberapa sering Anda minum alkohol (sake, shochu, bir, alkohol ala Barat)? (*Berhenti" adalah bagi yang sebelumnya memiliki riwayat kebiasaan minum alkohol lebih dari 1 kali per bulan, dan lebih dari 1 tahun terakhir tidak minum alkohol)		1: Setiap hari		5: 1~3 hari per bulan		
			2: 5~6 hari seminggu		6: Kurang dari 1 hari per bulan		
			3: 3~4 hari seminggu		7: Berhenti		
			4: 1-2 hari seminggu		8: Tidak minum (tidak bisa minum)		
14	Seberapa banyak alkohol yang dikonsumsi per hari saat hari minum alkohol? Standar 1 go sake Jepang (alkohol 15%, volume 180ml): Bir (setara 5%, 500ml), shochu (setara 25%, 110ml), anggur (setara 14%, sekitar 180ml), wiski (setara 43%, 60ml), chuhai kaleng (setara 5%, sekitar 500ml, 7% sekitar 350ml)		1: Kurang dari 1 go		4: Kurang dari 3 - 5 go		
			2: Kurang dari 1 - 2 go		5: Lebih dari 5 go		
			3: Kurang dari 2 - 3 go				
15	Apakah Anda berniat memperbaiki gaya hidup seperti olahraga dan pola makan, dll?		1: Tidak ada rencana memperbaiki				
			2: Ada rencana memperbaiki (umumnya dalam waktu 6 bulan)				
			3: Ada rencana memperbaiki dalam waktu dekat (umumnya dalam waktu 1 bulan), dimulai sedikit				
			4: Telah berusaha untuk memperbaiki (kurang dari 6 bulan)				
			5: Sedang berusaha untuk memperbaiki (lebih dari 6 bulan)				
16	Apakah selama ini pernah mendapat bimbingan perawatan kesehatan khusus, terkait perbaikan gaya hidup?				Ya	Tidak	

* Lembar pertanyaan pemeriksaan ini adalah lembar pertanyaan pemeriksaan standar jika dilaksanakan secara bersamaan poin pemeriksaan kesehatan khusus berdasarkan undang-undang terkait penjaminan medis lansia dan pemeriksaan kesehatan berkala sesuai dengan undang-undang keselamatan dan kesehatan kerja.

Ini adalah contoh cara mengisi formulir,
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini

Nama organisasi												
Nama	Kana										Jenis kelamin	Pria / Wanita
	Kanji											
Tanggal lahir	T	S	H	Tahun	Bulan	Tanggal	Usia	Tahun				

Organisasi												
	Kategori			Alur								
	Lokasi											

Harap jangan mengisi di dalam kotak ini.

Harap jangan potong di sini.

Darah	Selanjutnya	ID No					Kondisi pengambilan darah	Setelah makan				
							Menit					
Pengukuran Badan	Tinggi badan					Berat badan						
	Persentase lemak tubuh					Lingkar pinggang						
Penglihatan	Titik jauh					Mata telanjang kanan	Mata telanjang kiri	Kanan (terkoreksi)	Kiri (terkoreksi)			
	Titik dekat											
Pendengaran	1000 Hz (dB)		Kanan		Kiri			Teman Kanan	Teman Kiri			
	4000 Hz (dB)		Kanan		Kiri			Teman Kanan	Teman Kiri			
	Metode percakapan		Teman Kanan	Teman Kiri		[Penilaian]	1. Tidak ada temuan 2. Ada temuan					
Pemeriksaan urine	Protein			Gula				Urobilinogen				
	Darah samar			pH			[Penilaian]	3: ± 1:- 2: ±	*Jis pH 4: ++ 5: +++ 5~9			
Pemeriksaan darah 1		Maksimal				Minimal			Sedang menstruasi	Ya Tidak		
		Maksimal				Minimal			Sedang hamil	Ya Ada kemungkinan Tidak		
Pemeriksaan darah 2		Maksimal				Minimal						
		Maksimal				Minimal						
Rontgen trak		Tidak langsung		Langsung		No. Film						
		Tidak langsung		Langsung		Endokopi		No. Film				
Pemeriksaan gastroesof		Tidak langsung		Langsung		Endokopi		No. Film				
		Tidak langsung		Langsung		Endokopi		No. Film				
Pemeriksaan urinokuler		Kanan		Kiri		Kepaskan warna			1. Kondisi normal 2. Buta warna merah-hijau 3. Buta warna total			
		Kanan		Kiri		Kepaskan warna						
Pemeriksaan fungsi paru-paru	Kapasitas vital paru-paru yang diprediksi (VCP)					Kapasitas vital paru-paru (VC)						
	Persentase kapasitas vital paru-paru (%VC)					Kapasitas 1 detik (FEV ₁)						
	Volume ekspirasi paksa (FEV ₁ %)					% kapasitas 1 detik (%FEV ₁)						
Catatan												

Contoh (Depan)

Pastikan untuk mengisi formulir terlebih dahulu agar Anda dapat melakukan pemeriksaan yang lancar pada hari pemeriksaan.

< Tindakan pencegahan saat mengisi formulir >

○Gunakan pensil padat(2B) **Jangan keluar dari kolom entri Silakan isi formulir dengan hati-hati**

○Harap beri spasi di antara nama depan dan nama belakang.

Nama perusahaan																		
Nama																jenis kelamin	Laki-laki / Perempuan	
Tanggal lahir	T	S	H	Tahun						Bulan						Tanggal	umur	tahun

Untuk penyakit lain, silakan masukkan [17] di kolom nama penyakit dan masukkan nama penyakit di bingkai

* Jika ada lebih dari satu [17], silakan masukkan nama masing-masing penyakit.

Harap isi hanya informasi Anda sendiri dalam bingkai ini

Isi pekerjaan yang Anda miliki pengalaman

※健康診断における個人情報の取り扱い(表紙に記載)に関する同意について… 同意する ☐ 同意しない ☐

病歴 該当する[病名] [発病年齢] [治療状況]を記入して下さい。 ◎治療状況 0.治療中(薬あり) 1.治療中(薬なし) 2.経過観察中 3.治癒 4.手術した 5.放置 <input type="checkbox"/> 特になし		家族歴(一親等) 1. 2. 3. 4. 5. 6.	
【記入例】心臓病・発病45歳・服薬治療中の場合 01 45 0		7. 8. 9. 10. 11. 12.	
【病名】 01 心臓病 09 眼科疾患 32 肺がん 02 脳卒中 13 貧血症 33 胃がん 03 高血圧症 14 胃・十二指腸潰瘍 34 大腸がん 04 糖尿病 20 呼吸器疾患 35 乳がん 05 腎臓病 25 婦人科疾患 36 子宮がん 06 高尿酸血症(痛風) 45 甲状腺疾患 37 前立腺がん 07 肝臓病 17 その他の病気 08 脂質異常症(高脂血症)		13. その他の病気 病名欄に、17(その他の病気)を記入された場合は、具体的な病名を右に記入して下さい。	
自覚症状 該当する症状の番号を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 特になし		1. 2. 3. 4. 5. 6.	
01 全身のだるさ 07 めまい・立ちくらみ 16 胸痛・背痛 35 腰痛 03 体重増加(3kg以上) 08 不眠 21 胃痛・腹痛 36 関節痛・腫れ 04 体重減少(3kg以上) 09 むくみ 23 便秘 43 目の疲れ・痛み 05 食欲不振 10 動悸・息切れ 24 下痢 06 頭痛・頭重がある 13 咳・痰 29 手足のまひ・しびれ 39 その他()		7. 8. 9. 10. 11. 12.	
業務歴 経験のある業務の番号を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 該当なし		勤務状況 現在、就労されている方は、該当する番号を記入して下さい。 ●現在の職場では、どのような勤務体制ですか。 1[臨時日勤] 2[常時夜勤] 3[交替制(日勤と夜勤の両方あり)] ●現在の職場での、直近一ヶ月間の1日あたりの平均労働時間はどのくらいですか。 1[6時間未満] 2[6時間以上8時間未満] 3[8時間以上10時間未満] 4[10時間以上] ●現在の職場での、直近一ヶ月間の1週間あたりの平均労働日数はどのくらいですか。 1[3日間未満] 2[3日間以上5日間未満] 3[5日間] 4[6日間以上]	
01 高熱業務 07 重激業務 1. 2. 3. 4. 02 低温業務 08 騒音業務 5. 6. 7. 8. 03 放射線業務 09 坑内業務 9. 10. 11. 12. 04 じんあい・粉塵業務 10 深夜業務 13. 14. 15. 16. 05 異常気圧業務 11 有害物取扱業務 17. 18. 19. 20. 06 振動業務 12 有毒ガス・蒸気・粉塵業務 21. 22. 23. 24. 13 病原体汚染業務		1. 2. 3. 4. 5. 6.	

ビロリ菌除菌歴 あり ☐ なし ☐
 胃の切除 あり ☐ なし ☐

Jika status pengobatan kosong, maka akan didaftarkan di anamnesis

* [2: Tindak lanjut] juga sedang dirawat

Jika Anda sedang bekerja, silakan isi

Contoh (sisi belakang)

Jika Anda berusia 40 tahun atau lebih (selama tahun fiskal berjalan), pastikan untuk mengisi formulir
Pastikan untuk mengisi daftar minum dan merokok Anda. Harap juga isi item non-tembakau (misalnya rokok elektrik)

特定健康診査問診票

●各項目のあてはまる数字を記入字体例にならって記入してください。

記入字体例 **1 2 3 4 5**

1	医師から、慢性腎臓病や腎不全に罹っていると言われたり、治療(人工透析など)を受けていますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす場合) 条件1: 最近1ヶ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	1: はい(条件1と条件2を両方満たす) 2: 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3: いいえ(上記1,2以外)	<input type="checkbox"/>	
	本数	88	本/日	期間 88 年
3	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
7	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1: 何でもかんで食べることができる 2: 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3: ほとんどかめない	<input type="checkbox"/>	
8	人と比較して食べる速度が速いですか	速い <input type="checkbox"/>	遅い <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>
9	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1: 毎日 2: 時々 3: ほとんどしない	<input type="checkbox"/>	
11	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12	睡眠で休養が十分とれていますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
13	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどの位の頻度で飲みますか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	1: 毎日 2: 週5~6日 3: 週3~4日 4: 週1~2日	5: 月に1~3日 6: 月に1日未満 7: やめた 8: 飲まない(飲めない)	<input type="checkbox"/>
14	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	1: 1合未満 2: 1~2合未満 3: 2~3合未満	4: 3~5合未満 5: 5合以上	<input type="checkbox"/>
15	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。	1: 改善するつもりはない 2: 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3: 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	<input type="checkbox"/>	
16	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

*本問診票は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等と高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査の項目を同時に実施する場合の標準的な問診票です。

Nama organisasi																		
Nama	Kana																Jenis kelamin	
	Kanji																	
Tanggal lahir		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Tahun Bulan Hari </div>														Umur		

Departemen				
Nomor Karyawan		Tanggal kerja	Kesehatan No.	

Lihat daftar **sampul di halaman 1** untuk kode kerja pelarut organik/timbal/radiasi pengion/tekanan tinggi/timbal tetraalkil **dan lihat daftar di bawah ini untuk** (1) hingga (7). Hapus perubahan apa pun dan tulis ulang di bawah ini.

● Riwayat pekerjaan
★ Lihat bagian belakang Instruksi untuk Mengisi Formulir Pemeriksaan Kesehatan Khusus untuk kode kerja pneumoconiosis.
● Lingkungan kerja

[illegible]

Nama pelarut/zat		Dosis paparan			Lihat daftar di bawah ini untuk (a) hingga (c).		
<div> <div></div> <div>[Radiasi pengion]</div> <div>Dosis paparan setelah sebelumnya pemeriksaan medis →</div> </div>		(a) Dosis efektif	(b) Lensa	(c) Kulit			

(a) Dosis Radiasi Efektif (mSv)	(b) Dosis setara dengan lensa mata (mSv)	(c) Dosis yang setara dengan kulit (mSv)
1. Di bawah batas deteksi 2. ≤ 5 mSv 3. >5 mSv ≤ 20 mSv 4. > 20 mSv ≤ 50 mSv 5. > 50 mSv	1. Di bawah batas deteksi 2. ≤ 20 mSv 3. > 20 mSv ≤ 50 mSv 4. > 50 mSv	1. Di bawah batas deteksi 2. ≤ 150 mSv 3. > 150 mSv ≤ 500 mSv 4. > 500 mSv

(1) Waktu pemeriksaan medis	(2) Perubahan proses kerja	(3) Volume/Frekuensi
1. karyawan baru 2. Transfer 3. Berkala 4. Pengunduran diri 9. Lain	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu 9. Lain	1. Meningkat 2. Menurun 3. Berubah 4. Tidak tahu 9. Lain

(4) Ventilasi knalpot lokal	(5) Penggunaan alat pelindung	(6) Jenis alat pelindung
1. Selalu digunakan 2. Kadang-kadang digunakan 3. Tidak diinstal	1. Selalu digunakan 2. Kadang-kadang digunakan 3. Tidak digunakan	1. Tutup pelindung (helm) 2. Kacamata pelindung 3. Masker pelindung 4. Sarung tangan pelindung 5. Krim pelindung 6. Pakaian pelindung 7. Sepatu bot pengaman 8. Pelindung telinga

(7) Paparan besar yang tidak disengaja
1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu 9. Lain

Contoh 

Contoh

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

*Silakan isi formulir agar tidak keluar dari bingkai

Contoh

Nama	Kana	fu	ku	o	ka	ji	ro				
Kanji	福	岡				次	郎				
Tanggal lahir	T	S	H		July 7, 1975		Umur				

* Untuk nama Kanji dan nama kana, silakan spasi antara nama belakang dan nama depan. Tulis surat dengan diakritik di satu ruang. * Jika ada perubahan dalam nama organisasi, departemen, nama, tanggal lahir, atau jenis kelamin, coret dengan dua garis dan tulis informasi yang benar di ruang kosong, atau tanyakan kepada staf lokasi pemeriksaan medis.

Jangan potong di sini

Nama kantor

Afiliasi

Nama

Ini adalah contoh cara mengisi formulir,
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini



<Nomor Karyawan>

<Informasi lainnya>

Daftar kode kerja			
P	Pelarut organik	Ti	Timbal
001	Produksi pelarut organik	001	Memanggang, sintering, atau melelehkan dalam proses peleburan atau pemurnian
002	Produksi obat-obatan	002	Peleburan dalam proses peleburan atau pemurnian tembaga/seng
003	Pencetakan	003	Proses pembuatan, perbaikan atau pembongkaran baterai timbal atau bagiannya
004	Gambar	004	Meleburkan timbal, membungkus benda-benda dalam timbal atau melucuti hal-hal dari timbal selama proses pembuatan kabel atau kabel listrik
005	Pemolesan / kedap air	005	Pembuatan paduan timbal, atau pembuatan, perbaikan atau pembongkaran produk timbal
006	Aplikasi perekat	006	Melebur, pengecoran, penghancuran, pencampuran, mengaduk, pendinginan udara,
007	adhesi		penyaringan, kalsinasi, pembakaran, pengeringan, pembawaan, pemberian makan
008	Mencuci/menyeka		atau pengambilan dari wadah selama proses pembuatan senyawa timbal
009	Lukisan	007	Melapisi sesuatu dengan timah
010	Pengeringan	008	Menghancurkan, pengelasan, pemotongan termal, pemotongan, memekuk, memanaskan timah,
011	Eksperimen/penelitian		atau bahan bergulir yang dilapisi dengan timbal atau dilapisi dengan pennis yang
012	Bekerja di dalam tangki		mengandung timbal atau menghilangkan pennis yang mengandung timbal
T	Timbal tetraalkil	009	Bekerja di dalam peralatan timah
001	Produksi bensin bertimbal	010	Penghancuran, pengelasan, pemotongan termal, atau pemotongan peralatan timah
002	Campur ke dalam bensin	011	Menyebarkan atau menghilangkan timbal bubuk, dll. selama proses pembuatan kertas transfer
003	Perbaikan mesin/peralatan	012	Melebur, mengecor, menghancurkan, mencampur, menyayak, membungkus hal-hal
004	Bekerja di dalam tangki		dalam timbal atau melucuti hal-hal dari timbal selama proses pembuatan senyawa timbal
005	Pembuangan residu	013	Menyolder barang di tempat-tempat di mana ventilasi alami tidak memadai
006	Penanganan kontainer	014	Mengoleskan benda-benda dengan glasir yang mengandung senyawa
007	Riset		timbal atau menembak benda-benda yang dilapisi dengan glasir itu
008	Dekontaminasi	015	Mendekorasi barang-barang dengan cat yang mengandung senyawa timbal,
			atau menembak barang-barang yang dihiasi dengan cat itu
Te	Tekanan tinggi	016	Mengeras atau tempering logam menggunakan tungku
010	Bekerja di ruang bertekanan (caisson)		timah cair, atau memandikan pasir logam tersebut
020	Menyelam	017	Memilih jenis, penyusunan huruf atau mengambil jenis menjadi beberapa bagian dalam proses pencetakan yang menggunakan daya
		018	Pembersihan di bengkel di mana pekerjaan yang tercantum dalam masing-masing butir sebelumnya (tidak termasuk 009) dilakukan

R	Radiasi pengion
010	Peralatan sinar-X medis
011	Peralatan sinar-X industri untuk pencitraan
012	Peralatan sinar-X industri untuk fluoroskopi
013	Peralatan sinar-X industri untuk analisis
014	Peralatan sinar-X industri untuk tujuan lain
015	Akselerator partikel bermuatan
016	Tabung sinar-X dalam proses pembuatan
017	Kenotron dalam proses manufaktur
018	Alat iradiasi γ ray medis
019	Peralatan iradiasi γ ray industri
020	Dilengkapi dengan radioisotop selain alat iradiasi sinar γ
021	Radioisotop
022	Reaktor nuklir
023	Gas radon di terowongan
A	Asbes
001	Amosite
	Pembuatan dan penanganan (> 0,1% dari berat)
002	Crocidolite
	Pembuatan dan penanganan (> 0,1% dari berat)
010	Asbes (tidak termasuk amosit dan crocidolite)
	Pembuatan dan penanganan (> 0,1% dari berat)
020	Asbes (tidak termasuk Kode 001, 002, dan 010)
	Pembuatan dan penanganan (> 0,1% dari berat)

Catatan	★ Lihat sisi belakang Instruksi untuk Mengisi OCR Pemeriksaan Kesehatan Khusus untuk kode kerja pneumokoniosis.
<ul style="list-style-type: none">● Isi area berbingkai tebal di halaman 2 dan 4 hanya dengan pensil (B atau lebih keras jika memungkinkan).● Jika nama, tanggal lahir, dll. Anda dicetak terlebih dahulu, periksa dan perbaiki kesalahan, jika ada, dengan pensil.● Formulir ini diproses secara mekanis. Jangan melipat atau menekuk di mana pun selain garis berlubang.	Catatan khusus

● Rokok	Ya	Tidak	Berhenti
Saat ini kebiasaan merokok			
Jumlah rokok yang dihisap (Ya/Berhenti) →			Buku/Hari
Masa (Ya/Berhenti) →			Tahun
<p>* Perokok biasa berarti "mereka yang sejauh ini telah merokok total >= 100 batang rokok atau telah merokok selama >= 6 bulan" dan "mereka yang telah merokok dalam sebulan terakhir".</p>			
<p>Centang "Berhenti" jika Anda telah berhenti merokok baru-baru ini dan tidak merokok selama 1 bulan.</p>			

★ Wawancara pneumoconiosis diwarnai agar dokter mudah dipahami.

Organisme	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										2	0										◆ Asbes ★ Pneumokonionosis		
	2	0																						
Kontrol No.	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																							
Organisme	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												Situs	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										

Darah		ID No.	← ID diperlukan saat pengumpulan metab								
Ketajaman visual	Selesai		1kali	Kanan 	.		Kiri 	.			
Ketajaman visual	Titik jauh				.			.			
Pendengaran (ambang batas)	250 Hz (dB)		Kanan 		Kiri 		Pendengaran (penyaringan) [1. Tidak ada temuan 2. Temuan]				
	500 Hz (dB)		Kanan 		Kiri 		1000 Hz (Penyortiran)				
	1000 Hz (dB)		Kanan 		Kiri 		30 db Temuan Kanan 	30 db Temuan Kiri 			
	2000 Hz (dB)		Kanan 		Kiri 		4000 Hz (Penyortiran)				
	4000 Hz (dB)		Kanan 		Kiri 		Kanan 	Kiri 			
	6000 Hz (dB)		Kanan 		Kiri 		30 db Temuan Kanan 	30 db Temuan Kiri 			
	8000 Hz (dB)		Kanan 		Kiri 		Urobilinogen				
Urine	Darah gaib				Protein			Glukosa			
	Tekanan darah 1		Tertinggi 	-	Terendah 		◆ Asbes ★Pneumokoniosis kondisi pencitraan KV _____ _____ mAs Kertas peka _____ :				
	Tekanan darah 2		Tertinggi 	-	Terendah 						
Rontgen dada			Lidah langsung 	Langsung 	Film No.						
Tes fungsi paru	Kapasitas vital yang diprediksi (VCP)			.			Kapasitas Vital (VC)		.		
	Rasio kapasitas vital (% VC)			.			Jumlah 1 detik (FEV1)		.		
	Tingkat 1 detik (FEV1%)			.							
Erosi gigi	Temuan pemeriksaan			Tidak ada temuan		Temuan	Nama dokter	Tulis nama lengkap Anda.			
	Temuan terperinci										
Metabolit				Fundus		Kanan 	Kiri 				
Sedimen urin				Eardrum		biasa 	ganjil 				
				Berget merah gelap		biasa 	ganjil 				

Masukkan "/" jika dibatalkan.		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

 Periksa untuk membatalkan ujian. Untuk masuk oleh staf medis.

Item pemeriksaan dasar	

Jangan potong di sini

Nota Silakan isi dengan pulpen.

[illegible]