

# レーザー業務健康診断 個人票

## Medical Examination Record for Laser Users

Are you wearing contact lenses?	Yes	No	診察日 Examination Date	年 Year	月 Month	日 Date
---------------------------------	-----	----	-------------------------	-----------	------------	-----------

フリガナ/ Name in Katakana			生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Date
氏名/Name	Last Name	First Name				
所属 Unit/Section	職員・学生番号 Emp ID/Student ID		PhD学生もしくはインターン/Are you a PhD student or an intern?	YES	NO	

業務内容 Work Description						
レーザーのクラス Class of Laser	<input type="checkbox"/> Class 3R	<input type="checkbox"/> Class 3B	<input type="checkbox"/> Class 4			
取扱い頻度 Handling Frequency	1日 _____ 分 ( ) minutes per day	一か月 _____ 日 ( ) days per month				
自覚症状 Subjective Symptoms	<input type="checkbox"/> なし None	<input type="checkbox"/> あり Yes	→	症状: Symptoms:		

視力/Eyesight	左/Left: 矯正視力 ( ) Corrected Eyesight	右/Right: 矯正視力 ( ) Corrected Eyesight
前眼部 Anterior Eye	角膜/Cornea <input type="checkbox"/> 所見なし/no clinical finding <input type="checkbox"/> 所見あり/clinical finding exists 内容/Descriptions:	水晶体/Crystalline Lens <input type="checkbox"/> 所見なし/no clinical finding <input type="checkbox"/> 所見あり/clinical finding exists 内容/Descriptions:
眼底 The fundus of the eye  *クラス4使用者のみ (Class 4 User only)	<input type="checkbox"/> 所見なし/no clinical finding <input type="checkbox"/> 所見あり/clinical finding exists 内容/Descriptions:	
判定 Assessment	<input type="checkbox"/> 通常勤務可/Possible to work normally <input type="checkbox"/> 要措置/Certain measures required 措置の内容/Descriptions of measures: ( )	
	判定した医師名 Name of physician who assessed	印 Seal