

## 特殊健康诊断问诊表

单位:

姓名:

\* 请回答最近6个月内是否出现过下列症状:

身体部位	症状问项	症状			身体部位	症状问项	症状		
		严重	有些症状	没有			严重	有些症状	没有
一般	食欲不振, 体重减少				心血管 / 呼吸系统	工作时心悸			
	经常感觉很疲劳					工作时咳嗽、气喘			
	在身体的某个部位能摸到硬块					心闷			
皮肤	皮肤搔痒或有炎症				脊椎 / 四肢	早晨起床时咳嗽或咳嗽			
	皮肤有斑点					休息第二天上班时咳嗽			
	体毛或手指甲、脚趾甲出现变化					手臂、腿、肩刺痛			
	皮肤变粗糙或龟裂					手脚颤抖或无力			
眼	眼睛发酸或经常流眼泪				精神 / 神经	手脚感觉迟钝			
	视力比以前降低					手指遇冷变白			
	眼睛充血或疼痛					腰痛			
耳	听不清别人说话				泌尿 / 生殖	头痛			
	耳朵里有声音					头晕			
鼻	经常出鼻血					记忆力减退或健忘症加重			
	流鼻涕, 鼻塞					焦躁不安			
	嗅觉不灵敏					有发呆或醉酒的感觉			
口	牙龈出血或发炎				难以集中精力				
	味觉不灵敏				小便不畅				
消化系统	有过肚子刺痛的症状				身体浮肿				
	有如同吸吮金属的口味				月经不调				
	便秘				有过自然流产				

如有其他症状, 请在下面填写:

\* 工作中是否感觉存在健康问题 (身体异常)?  是  否

\* 您是否认为因工作中接触的物质造成了健康问题?  是  否

医生意见	
------	--