

## ばく露実態調査事前調査票

ご記入日

2018(30)	年		月		日
----------	---	--	---	--	---

管理番号	
------	--

対象物質名		
事業場名		
連絡先部署名		
ご担当者様	役職	
	氏名	
連絡先	T e l	
	F a x	
	e-メール	
所在地		

調査項目

1. 事業場の概要（事業場全体の従業員数をご記入ください）

従業員数		名
------	--	---

(概要)

--

2. 調査対象物質を含有する製剤等の名称、含有率、製造又は消費量

名称	
含有率	
製造又は消費量	

（\*製造又は消費量は年間の量をご記入ください。）

3. 事業場における調査対象物質を含有する製剤等の用途

--

4. 調査対象物質を含有する製剤等を取扱う工程全体の概要

工程略図 (必要に応じ添付願います。)

5. 調査対象物質を含有する製剤等を取扱う工程での勤務体制

日勤

始業時刻		時		分
終業時刻		時		分
休憩、昼食の時間		分間		
勤務時間		時間 / 日		日 / 週

シフト

	始業時刻		終業時刻		含まれる休憩時間
1直	時	分～	時	分	分間
2直	時	分～	時	分	分間
3直	時	分～	時	分	分間
4直	時	分～	時	分	分間
5直	時	分～	時	分	分間
6直	時	分～	時	分	分間

6. 調査対象物質を直接取扱う作業毎の状況

対象物質を直接取扱う作業毎の状況(1)

作業No.							
1 作業 工程	(1)ばく露作業の名称						
	(2)作業場名						
	(3)作業の概要 (※○○をして○○をする作業 などと具体的にご記入ください。)						
	(4)作業者数		名	名	名		
2 使用 実態	(1)物質の取 扱 い 時 の 形 状 (該当する番 号を記入し て下さい) ※一つの作業で 複数の形状が ある場合、それ ぞれの形状を 記載してくだ さい。	1 ペレット状	(※その他の場合、具 体的に記入してく ださい。 例)ペースト状、スラ リー状など)	(※その他の場合、 具体的に記入して ください。 例)ペースト状、ス ラリー状など)	(※その他の場合、 具体的に記入して ください。 例)ペースト状、ス ラリー状など)		
		2 結晶					
		3 粒状					
		4 粉状					
	5 微粉状						
6 液体							
7 ガス							
8 その他							
(2)その作業における対象物 質を含む製剤等の1回あ たりの使用量		単位		単位		単位	
(3)その作業における製剤等 中の対象物質の含有率		%		%		%	
(4)その作業における対象物 質を含む製剤等の使用温 度		℃		℃		℃	
3 作業 環境	(1)作業場所 1 特定 / 2 不特定						
	(2)屋内・屋外の別 1 屋内 / 2 屋外						
	(3)作業場の広さ		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
	(4)作業場の容積		m <sup>3</sup>		m <sup>3</sup>		m <sup>3</sup>
	(5)出入口 1 開放 / 2 通常閉						
	(6)窓、換気口等 1 通常開 / 2 通常閉 / 3 無し						
	(7)全体換気量		m <sup>3</sup> /min		m <sup>3</sup> /min		m <sup>3</sup> /min
	(8)調査対象物質の気中濃度 の測定実績 1 有 / 2 無						

対象物質を直接取扱う作業毎の状況(2)

作業No.				
4 作業 内容	(1)作業方法 1 完全自動化 / 2 機械作業 / 3 手作業			
	(2) 1回あたりの作業時間		単位	単位
	(3) 1日あたりの作業回数		回	回
	(4) 作業頻度 (年間又は月間あたり、又は毎日)			
	(5) 保護具使用の有無に関わらず直接接触する作業 1 該当 / 2 非該当			
	(6) 保護具使用の有無に関わらず攪拌などにより飛散する作業 1 該当 / 2 非該当			
	(7) 保護具使用の有無に関わらず高濃度のガスあるいは蒸気に曝される作業 1 該当 / 2 非該当			
5 発生 源 対策	(1) 排気装置等 1 密閉化 / 2 局所排気装置 3 プッシュプル / 4 全体換気装置 5 その他			
	その他の場合 名称			
6 保 護 具 の 使 用	(2) 排気装置等の点検状況 1 毎日 / 2 毎週 / 3 毎月 4 毎年 / 5 無し			
	(1) マスクの使用 1 防じん / 2 防毒 / 3 その他 / 4 無し			
	その他の場合 名称			
	(2) マスクの使用頻度 1 常時 / 2 必要時			
	(3) マスクの点検状況 1 定期 / 2 不定期 / 3 無し			
	(4) マスクのメーカー、型式	メーカー :	メーカー :	メーカー :
		型式 :	型式 :	型式 :
	(5) マスクの保管場所の有無 1 有 / 2 無			
	(6) 保護手袋の使用 1 有 / 2 無			
	(7) 保護手袋のメーカー、型式	メーカー :	メーカー :	メーカー :
	型式 :	型式 :	型式 :	
(8) 保護手袋の使用頻度 1 常時 / 2 必要時				
(9) 保護手袋の更新 1 定期更新 / 2 点検の上更新				
(10) 保護手袋の洗浄 1 使用都度洗浄 / 2 作業終了後洗浄 3 不定期に洗浄 / 4 洗浄せず廃棄				

	作業No.			
6 保護 具の 使用	(11)保護衣の使用 1有/2無			
	(12)保護衣のメーカー、型式	メーカー： 型式：	メーカー： 型式：	メーカー： 型式：
	(13)保護衣の使用頻度 1常時/2必要時			
	(14)保護衣の更新 1定期更新/2点検の上更新			
	(15)保護衣の洗浄 1使用都度洗浄/2作業終了後洗浄 3不定期に洗浄/4使い捨て式			
	(16)靴の種類 (材質、形状を記載)			
7 その 他	(1)作業手順書の整備状況 1有/2無			
	(2)化学物質のリスクアセス メントの実施状況 1有/2無			