協　会　処　理　欄
No.

液体･粉体等用

皮膚貼付試験依頼書

閉塞法（貼付時間：　　時間／貼付人数：　　人）

日本産業皮膚衛生協会　殿　　年　　月　　日

所在地
名　　称
協会責任者
氏　　名　　㊞

＊皮膚貼付試験依頼書の記載が不備の場合、試験実施機関から問い合わせる場合があります。
　問い合わせの内容に対して回答を戴けない場合、試験実施ができないことがあります。ご了承下さい。
＊殺鼠剤・殺虫剤（農薬含む）等、毒性の強い化学薬品の試験は受け付けません。
＊結果送付後の依頼品名の変更は一切できません。

依頼品名	

成分記載（いずれかに○を付けて下さい）	◎全成分　・　◎主要成分

（全成分を記入できない場合、理由をご記入下さい）

（使用目的および使用方法）

（成　分）

成　分　名	配合比率	成　分　名	配合比率
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%

試験を希釈液で希望される場合は下記にご記入下さい。 試験濃度＿＿＿＿％　pH ＿＿＿＿ 溶剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 希釈済・未希釈（精製水にて希釈）	その他の参考事項

上記依頼品について、社内において下記 **5** 名に予備テスト（24時間閉塞法パッチテスト）を行いましたが、肉眼判定では全く異常が認められませんでした。
（予備テスト被験者氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日

判定者（所属）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

協会処理欄	試験受付日	試験実施日	試験結果交付日
	年　月　日	年　月　日	年　月　日

キリトリ線

協　会　処　理　欄
No.

事務局保管

試験依頼品について該当する箇所に✓印をつけて下さい。

依頼品は、	□	1. 新製品です。
	□	2. 販売実績のあるもので、皮膚障害クレームはありません。
	□	3. 皮膚障害をおこしました。
	□	4. 改良品です。
	□	5. 研究途上です。
	□	6. その他（　　）
皮膚障害をおこした依頼品は、	□	1. 製造工場の職員におきました。
	□	2. 販売後消費者におきました。
	□	3. その他（　　）

皮膚障害をおこしたものについて、件数、部位、症状、性別、年齢、アトピー性皮膚炎・接触皮膚炎の既往歴の有無、発症までの期間、発症後の治療および経過、医療機関の診断名、パッチテスト結果等をわかる範囲内でできるだけ詳しくご記入下さい。

件　数　　件　　部　位
症　状
その他

販売実績のある依頼品は、

＿＿＿＿＿＿ 年から販売しています。（販売総数　　）

詳細記入欄（この用紙は事務局が保管しますので、できるだけ詳しくご記入下さい。）

協会処理欄	