様式第3号(第13条、第20条、第22条関係)

じ ん 肺 健 康 診 断 結 果 証 明 書

ふりがな		性別	生　年　月　日
氏　名		男女	年　月　日
住　所			
	(変更)		
事業場	名　称	業種	
	所在地		

じん肺の経過

初めてのじん肺有所見の診断　　年

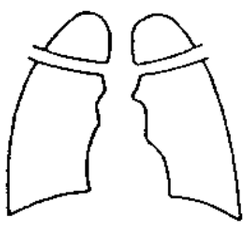
前2回の決定状況	決定年月　年　月	じん肺管理区分	PR	F
	決定年月　年　月	じん肺管理区分	PR	F

決定年月	じん肺管理区分	PR	F	決定年月	じん肺管理区分	PR	F
年　月				年　月			
年　月				年　月			
年　月				年　月			
年　月				年　月			
年　月				年　月			

既往歴

肺結核	歳	心臓疾患	歳
胸膜炎	歳		
気管支炎	歳	その他の胸部疾患	
気管支拡張症	歳		歳
気管支喘息	歳		歳
肺気腫	歳		歳

エックス線写真による検査



4. エックス線写真の像

イ. 小陰影の区分(0/-, 0/0, 0/1, 1/0, 1/1, 1/2, 2/1, 2/2, 2/3, 3/2, 3/3, 3/+)

像	区分	タイプ
粒状形	／	pqr
不整形陰影	／	

粉じん作業職歴

	事業場名及び粉じん作業名	期間	年数
現在の事業場に来る前	事業場名 粉じん作業名　(　号)	年　月から　年　月まで	年　月
	事業場名 粉じん作業名　(　号)	年　月から　年　月まで	年　月
	事業場名 粉じん作業名　(　号)	年　月から　年　月まで	年　月
	事業場名 粉じん作業名　(　号)	年　月から　年　月まで	年　月
	事業場名 粉じん作業名　(　号)	年　月から　年　月まで	年　月
	事業場名 粉じん作業名　(　号)	年　月から　年　月まで	年　月
	粉じん作業に従事した期間の合計		年　月

	粉じん作業名	期間	年数	累計
現在の事業場に来てから	(　号)	年　月から　年　月まで	年　月	年　月
	(　号)	年　月から　年　月まで	年　月	年　月
	(　号)	年　月から　年　月まで	年　月	年　月
	(　号)	年　月から　年　月まで	年　月	年　月
	(　号)	年　月から　年　月まで	年　月	年　月
	(　号)	年　月から　年　月まで	年　月	年　月
	(　号)	年　月から　年　月まで	年　月	年　月

肺機能検査

1. 身　長 [　　] m　　年齢満 [　　] 歳

2. 1秒量予測値 [　　] l　　3. 肺活量予測値 [　　] l

第一	検査年月日	年　月　日	年　月　日
	肺活量	l	l

1. 撮影年月日　年　月　日
2. 写真番号
3. 撮影条件　KV　mA3
増感紙

ロ．大陰影の区分（ A B C ）
ハ．付加記載事項(pl plc co bu ca cv em es px tb)

年　月　日　医療機関の名称及び所在地

医師氏名

次検査			
	努力肺活量	l	l
	1秒量	l	l
	1秒率	□□．□ %	□□．□ %
	%1秒量	□□□．□ %	□□□．□ %
	%肺活量	□□□．□ %	□□□．□ %
第二次検査	検査年月日	年　月　日	年　月　日
	採血の部位		
	採血から分析終了までの時間	分	分
	酸素分圧	Torr	Torr
	炭酸ガス分圧	Torr	Torr
	肺胞気道脈血酸素分圧較差	□□．□□ Torr	□□．□□ Torr

判定　F(－　＋　＋＋)　　医療機関の名称及び所在地

年　月　日　　医師氏名

胸部に関する臨床検査

検査年月日　年　月　日

自覚症状			他覚所見		
	呼吸困難	Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ		チアノーゼ	＋　－
	せき	＋　－		ばち状指	＋　－
	たん	＋　－		副雑音	＋　－(部位　　)
	心悸亢進（きこう）	＋　－			
	その他			その他	
喫煙歴	なし、やめた、吸っている (　)本／日×(　)年　(　～　)歳				

年　月　日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

合併症に関する検査

検査年月日	年　月　日
自覚症状	
結核精密検査　結核菌　塗抹	＋　－
結核精密検査　結核菌　培養	＋　－
結核精密検査　エックス線特殊撮影　撮影法	(　　)
結核精密検査　エックス線特殊撮影　所見	
結核精密検査　赤血球沈降速度　1時間値	mm
結核精密検査　赤血球沈降速度　2時間値	mm
結核精密検査　ツベルクリン反応	mm×　mm

肺結核以外の合併症に関する検査				
結核菌	たん	塗抹（まつ）	＋　－	渗出液（しんしゅつえき）　塗抹（まつ）　＋　－
		培養	＋　－	渗出液　培養　＋　－
たん	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
	量	ml	ml	
	性状			
喀痰（かくたん）細胞診	年月日（初日）	年　月　日		
	所見			
エックス線特殊撮影	年　月　日	年　月　日		
	撮影法	らせんCT、その他(　　)		
	所見			
その他の所見				

判定　　医療機関の名称及び所在地

年　月　日　医師氏名

医師意見

医師氏名

備考　第十条第二項の規定によりたんに関する検査及びエックス線特殊撮影による検査以外の検査を省略したときは、当該省略した検査に係る欄の記入を要しないこと。