

様式第8号(第54条関係)(1)

(表紙)

|          |   |       |
|----------|---|-------|
| 番号       |   | 号     |
| 健康管理手帳   |   |       |
| (ベンジジン等) |   |       |
| 氏 名      |   |       |
| 厚        | 生 | 労 働 省 |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
|               |                           |        |             |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 

(2頁及び3頁)

職 歴 [労働安全衛生法施行令第23条第1号、第2号及び第12号の業務に係るものに限る。]

[illegible]

## 離職前の尿路系疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既往歴及び治療歴 |
|-----|----------|
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                                   |                                                                                |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 自覚症状及び他覚症状                        | なし、頭痛、悪心、めまい、昏迷、呼吸器の刺激症状、眼の刺激症状、皮膚粘膜刺激症状、顔面蒼白、チアノーゼ、運動失調、尿の着色、血尿、頻尿、排尿痛、その他( ) |
| 皮膚炎等の皮膚所見の有無の検査                   |                                                                                |
| 尿中の潜血検査                           |                                                                                |
| 尿沈渣 <sup>さ</sup> 検鏡の検査            |                                                                                |
| 尿沈渣 <sup>さ</sup> のパパニコラ法による細胞診の検査 |                                                                                |
| ぼうこう <sup>ぼうこう</sup> 鏡検査          |                                                                                |
| 腹部の超音波による検査、尿路造影検査等の画像検査          |                                                                                |
| 赤血球数、網状赤血球数、メトヘモグロビンの量等の赤血球系の血液検査 |                                                                                |

(5頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|            |                                        |                                       |                                       |
|------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 健康診断       | 年月日<br>項目                              | 年 月 日                                 | 年 月 日                                 |
|            | 既往歴                                    | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   |
|            | 自覚症状及び他覚症状                             | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   |
|            | 尿中の潜血検査                                |                                       |                                       |
|            | 尿沈渣 <sup>さ</sup> 検鏡の検査                 |                                       |                                       |
|            | 尿沈渣 <sup>さ</sup> のpapanicola法による細胞診の検査 |                                       |                                       |
|            | 判定                                     | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( ) | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( ) |
| 医療機関名及び医師名 |                                        |                                       |                                       |
| 追加健康診断     | 年月日<br>項目                              | 年 月 日                                 | 年 月 日                                 |
|            | ぼうこう鏡 <sup>こう</sup> 検査                 |                                       |                                       |
|            | 腹部の超音波による検査、尿路造影検査等の画像検査               |                                       |                                       |
|            | 判定                                     | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( )   | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( )   |
|            | 医療機関名及び医師名                             |                                       |                                       |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらって下さい。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けて下さい。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(2)

(表紙)

|        |  |   |
|--------|--|---|
| 番号     |  | 号 |
| 健康管理手帳 |  |   |
| (じん肺)  |  |   |
| 氏名     |  |   |
| 厚生労働省  |  |   |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 



(2頁及び3頁)

職歴〔労働安全衛生法施行令第23条第3号の業務に係るものに限る。〕

[illegible]

## じん肺の経過

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| 初めてのじん肺管理区分 2 の決定 | 年 | 備考 |
| 初めてのじん肺管理区分 3 の決定 | 年 |    |

## 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 | 歳 |
| 気 管 支 拡張症 | 歳 |          |   |
| 気 管 支 ぜん息 | 歳 |          |   |
| 肺 気 腫     | 歳 |          |   |

この手帳交付の直前のじん肺健康診断の結果

年 月 日

|                |         |                                           |
|----------------|---------|-------------------------------------------|
| 喫 煙 歴          |         | なし、やめた、吸っている<br>( )本/日×( )年 ( ~ )歳        |
| エックス線写真による検査   |         | 第1型、第2型、第3型、第4型(A、B、C)                    |
| 胸部に関する<br>臨床検査 | 自 覚 症 状 | 呼吸困難(I、II、III、IV、V)、せき、たん、心悸亢進、<br>その他( ) |
|                | 他 覚 所 見 | チアノーゼ、ばち状指、副雑音、<br>その他( )                 |
| 肺 機 能 検 査      | 第一次検査   | 1秒率( )%、%1秒量( )%、 %<br>肺活量( )%            |
|                | 第二次検査   | 酸 素 分 圧(Torr)、<br>肺胞気動脈血酸素分圧較差( Torr)     |
| 判 定            |         | F (－ ＋ ++)                                |
| かかっている合併症の名称   |         |                                           |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

| 年 月 日<br>項 目       |         | 年 月 日                                      | 年 月 日                                      |
|--------------------|---------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 喫 煙 歴              |         | なし、やめた、吸っている                               | なし、やめた、吸っている                               |
| エックス線写真による検査       |         | 第 1 型、第 2 型、第 3 型、第 4 型(A、B、C)             | 第 1 型、第 2 型、第 3 型、第 4 型(A、B、C)             |
| 胸部に関する<br>臨床検査     | 自 覚 症 状 | 呼吸困難(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ)、せき、たん、心悸亢進、その他( )          | 呼吸困難(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ)、せき、たん、心悸亢進、その他( )          |
|                    | 他 覚 所 見 | チアノーゼ、ばち状指、副雑音、その他( )                      | チアノーゼ、ばち状指、副雑音、その他( )                      |
| 肺 機 能 検 査          | 第一次検査   | 1秒率( )%、<br>%1秒量( )%、<br>%肺活量( )%          | 1秒率( )%、<br>%1秒量( )%、<br>%肺活量( )%          |
|                    | 第二次検査   | 酸 素 分 圧<br>( Torr)、肺<br>胞気動脈血酸素分圧較差( Torr) | 酸 素 分 圧<br>( Torr)、肺<br>胞気動脈血酸素分圧較差( Torr) |
| 判 定                |         | F(－ ＋ Ⅱ)                                   | F(－ ＋ Ⅱ)                                   |
| ら せ ん C T          |         |                                            |                                            |
| かく たん<br>喀 痰 細 胞 診 |         |                                            |                                            |
| かかっている合併症の名称       |         |                                            |                                            |
| 医療機関の名称及び医師氏名      |         |                                            |                                            |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらって下さい。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て、必要な訂正又は再交付を受けて下さい。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(3)

(表 紙)

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 番号      |  | 号 |
| 健康管理手帳  |  |   |
| (クロム酸等) |  |   |
| 氏 名     |  |   |
| 厚生労働省   |  |   |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印

[illegible]

## 離職前のクロム酸等に係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既 往 歴 及 び 治 療 歴 |
|-----|-----------------|
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 自覚症状及び他覚症状 | なし、たん、せき、胸痛、その他( )                                                                                                                                                                                                                                              | その他の検査等 |  |
| 鼻腔の所見      | なし、鼻粘膜の異常、鼻中隔穿孔 <sup>せん</sup>                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |
| 皮膚の所見      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |  |
| 胸部エックス線検査  | <div> <div>直接</div> <div>年 月 日</div>  </div> <div> <div>間接</div> <div>年 月 日</div>  </div> |         |  |



(5頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|        |                         |                                                                                                       |                                                                                                       |
|--------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康診断   | 年月日<br>項 目              | 年 月 日                                                                                                 | 年 月 日                                                                                                 |
|        | 既往歴                     | なし、たん、せき、胸痛、<br>鼻腔( <input type="text"/> )、皮膚( <input type="text"/> )、<br>その他( <input type="text"/> ) | なし、たん、せき、胸痛、<br>鼻腔( <input type="text"/> )、皮膚( <input type="text"/> )、<br>その他( <input type="text"/> ) |
|        | 自覚症状及び他覚症状              | なし、たん、せき、胸痛、<br>その他( <input type="text"/> )                                                           | なし、たん、せき、胸痛、<br>その他( <input type="text"/> )                                                           |
|        | 鼻 腔 の 所 見               | なし、鼻粘膜の異常、 鼻<br>中隔穿孔                                                                                  | なし、鼻粘膜の異常、 鼻<br>中隔穿孔                                                                                  |
|        | 皮 膚 の 所 見               |                                                                                                       |                                                                                                       |
|        | 胸部のエックス線直接<br>撮影による検査   |                      |                    |
|        | 判 定                     | 異 常 あり、なし<br>再 検 要、不要<br>追加健診 要、不要<br><br>( <input type="text"/> )                                    | 異 常 あり、なし<br>再 検 要、不要<br>追加健診 要、不要<br><br>( <input type="text"/> )                                    |
|        | 医療機関名及び医師名              |                                                                                                       |                                                                                                       |
| 追加健康診断 | 年月日<br>項 目              | 年 月 日                                                                                                 | 年 月 日                                                                                                 |
|        | 特殊な撮影法によるエ<br>ックス線写真の所見 |                                                                                                       |                                                                                                       |
|        | 喀 痰 の 細 胞 診             |                                                                                                       |                                                                                                       |
|        | 気 管 支 鏡 検 査             |                                                                                                       |                                                                                                       |
|        | 皮膚の病理学的検査               |                                                                                                       |                                                                                                       |
|        | 判 定                     | 異常 あり、なし<br>再検 要、不要<br>療養 要、不要<br><br>( <input type="text"/> )                                        | 異常 あり、なし<br>再検 要、不要<br>療養 要、不要<br><br>( <input type="text"/> )                                        |
|        | 医療機関名及び医師名              |                                                                                                       |                                                                                                       |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらって下さい。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けて下さい。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(4)

(表 紙)

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| 番号        |  | 号 |
| 健康管理手帳    |  |   |
| ひ<br>(砒素) |  |   |
| 氏 名       |  |   |
| 厚生労働省     |  |   |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印

[illegible]

ひ  
離職前の砒素に係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既 往 歴 及 び 治 療 歴 |
|-----|-----------------|
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |

離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                 |                                                                                                       |                         |  |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
| 自覚症状及び他覚<br>症状  | なし、口内炎、下痢、便秘、<br>体重減少、知覚異常、その他<br>( )                                                                 | 赤血球系の血液<br>検査           |  |
| くう<br>鼻 腔 の 所 見 |                                                                                                       |                         |  |
| 皮 膚 の 所 見       |                                                                                                       | ひ<br>砒素化合物量の<br>測 定 結 果 |  |
| 胸部エックス線検<br>査   | 直接 間接<br>年 月 日<br> | その他の検査等                 |  |
| 肝 機 能 検 査       |                                                                                                       |                         |  |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|            |                     |                                                                                   |                                                                                     |
|------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康診断       | 年月日<br>項目           | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|            | 既往歴                 | なし、たん、せき、口内炎、下痢、便秘、体重減少、知覚異常、皮膚( )、その他( )                                         | なし、たん、せき、口内炎、下痢、便秘、体重減少、知覚異常、皮膚( )、その他( )                                           |
|            | 自覚症状及び他覚症状          | なし、たん、せき、食欲不振、体重減少、知覚異常、その他( )                                                    | なし、たん、せき、食欲不振、体重減少、知覚異常、その他( )                                                      |
|            | 鼻腔の所見               |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 皮膚の所見               | なし、色素異常(沈着、脱色)、角化、その他( )                                                          | なし、色素異常(沈着、脱色)、角化、その他( )                                                            |
|            | 胸部のエックス線直接撮影による検査   |  |  |
|            | 判定                  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                              | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                                |
| 医療機関名及び医師名 |                     |                                                                                   |                                                                                     |
| 追加健康診断     | 年月日<br>項目           | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|            | 肝機能検査               |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 赤血球系の血液検査           |                                                                                   |                                                                                     |
|            | ひ<br>礎素化合物量の測定結果    |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見 |                                                                                   |                                                                                     |
|            | かくたん<br>喀痰の細胞診      |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 気管支鏡検査              |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 皮膚の病理学的検査           |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 判定                  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                  |
| 医療機関名及び医師名 |                     |                                                                                   |                                                                                     |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらって下さい。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けて下さい。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。



様式第8号(第54条関係)(5)

(表 紙)

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 番号       |  | 号 |
| 健康管理手帳   |  |   |
| (コールタール) |  |   |
| 氏 名      |  |   |
| 厚生労働省    |  |   |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印

職歴(労働安全衛生法施行令第23条第6号の業務に係るものに限る。)

## 離職前のコールタールに係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既 往 歴 及 び 治 療 歴 |
|-----|-----------------|
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                         |                                                                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自覚症状及び他覚症状              | なし、せき、たん、食欲不振、<br>その他( )                                                                            |
| 皮 膚 の 所 見               | なし、皮膚炎、にきび様変化、<br>黒皮症、いぼ、潰瘍、ガス斑、<br>その他( )                                                          |
| 胸部エックス線検査               |  直 接 間 接<br>年 月 日 |
| 特殊な撮影法によるエ<br>ックス線写真の所見 |                                                                                                     |
| かく たん<br>喀 痰 の 細 胞 診    |                                                                                                     |
| 気 管 支 鏡 検 査             |                                                                                                     |
| そ の 他 の 検 査 等           |                                                                                                     |

(5頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|        |                         |                                                                                   |                                                                                     |
|--------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康診断   | 年月日<br>項 目              | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|        | 既 往 歴                   | なし、たん、せき、胸痛、<br>食欲不振、皮膚( )、<br>その他( )                                             | なし、たん、せき、胸痛、<br>食欲不振、皮膚( )、<br>その他( )                                               |
|        | 自覚症状及び他覚症状              | なし、たん、せき、胸痛、<br>その他( )                                                            | なし、たん、せき、胸痛、<br>その他( )                                                              |
|        | 皮 膚 の 所 見               | なし、皮膚炎、にきび様変<br>化、黒皮症、いぼ、ガス斑 <sup>はん</sup> 、<br>その他( )                            | なし、皮膚炎、にきび様変<br>化、黒皮症、いぼ、ガス斑 <sup>はん</sup> 、<br>その他( )                              |
|        | 胸部のエックス線直接<br>撮影による検査   |  |  |
|        | 判 定                     | 異 常 あり、なし<br>再 検 要、不要<br>追加健診 要、不要<br>( )                                         | 異 常 あり、なし<br>再 検 要、不要<br>追加健診 要、不要<br>( )                                           |
|        | 医療機関名及び医師名              |                                                                                   |                                                                                     |
| 追加健康診断 | 年月日<br>項 目              | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|        | 特殊な撮影法によるエ<br>ックス線写真の所見 |                                                                                   |                                                                                     |
|        | かく たん<br>喀 痰 の 細 胞 診    |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 気 管 支 鏡 検 査             |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 皮膚の病理学的検査               |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 判 定                     | 異常 あり、なし<br>再検 要、不要<br>療養 要、不要<br>( )                                             | 異常 あり、なし<br>再検 要、不要<br>療養 要、不要<br>( )                                               |
|        | 医療機関名及び医師名              |                                                                                   |                                                                                     |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けて下さい。  
  
イ 氏名又は住所を変更したとき  
  
ロ この手帳を失ったとき  
  
ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(6)  
(表紙)

|                  |  |   |
|------------------|--|---|
| 番号               |  | 号 |
| 健康管理手帳           |  |   |
| (ビス(クロロメチル)エーテル) |  |   |
| 氏名               |  |   |
| 厚生労働省            |  |   |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
|               |                           |        |             |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印



職歴〔労働安全衛生法施行令第23条第7号の業務に係るものに限る。〕

離職前のビス(クロロメチル)エーテルに係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既 往 歴 及 び 治 療 歴 |
|-----|-----------------|
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |

離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自覚症状及び他<br>覚症状 | なし、せき、たん、胸痛、体重減少、<br>その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 胸部エックス線<br>検査  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>直 接</div> <div>間 接</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div>  |
| その他の検査等        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

(5頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|        |                         |                                                                                   |                                                                                     |
|--------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康診断   | 年月日<br>項 目              | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|        | 既 往 歴                   | なし、せき、たん、胸痛、<br>体重減少、その他( )                                                       | なし、せき、たん、胸痛、<br>体重減少、その他( )                                                         |
|        | 自覚症状及び他覚症状              | なし、せき、たん、胸痛、<br>体重減少、その他( )                                                       | なし、せき、たん、胸痛、<br>体重減少、その他( )                                                         |
|        | 胸部のエックス線直接<br>撮影による検査   |  |  |
|        | 判 定                     | 異 常 あり、なし<br>再 検 要、不要<br>追加健診 要、不要<br>( )                                         | 異 常 あり、なし<br>再 検 要、不要<br>追加健診 要、不要<br>( )                                           |
|        | 医療機関名及び医師名              |                                                                                   |                                                                                     |
| 追加健康診断 | 年月日<br>項 目              | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|        | 特殊な撮影法によるエ<br>ックス線写真の所見 |                                                                                   |                                                                                     |
|        | かく たん<br>喀 痰 の 細 胞 診    |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 気 管 支 鏡 検 査             |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 判 定                     | 異常 あり、なし<br>再検 要、不要<br>療養 要、不要<br>( )                                             | 異常 あり、なし<br>再検 要、不要<br>療養 要、不要<br>( )                                               |
|        | 医療機関名及び医師名              |                                                                                   |                                                                                     |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらって下さい。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けて下さい。  
  
イ 氏名又は住所を変更したとき  
  
ロ この手帳を失ったとき  
  
ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(7)

(表紙)

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 番号      |  | 号 |
| 健康管理手帳  |  |   |
| (ベリリウム) |  |   |
| 氏名      |  |   |
| 厚生労働省   |  |   |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
|               |                           |        |             |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印

職歴〔労働安全衛生法施行令第23条第8〕  
号の業務に係るものに限る。

## 離職前のベリリウムに係る疾病の既往歴及び治療歴

|          | 既 往 歴 及 び 治 療 歴 |
|----------|-----------------|
| 年      月 |                 |
| 年      月 |                 |
| 年      月 |                 |
| 年      月 |                 |

## 離職前直近の健康診断の結果

年      月      日

|            |                                                                                                                                                                                                             |         |  |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 自覚症状及び他覚症状 | なし、乾性せき、たん、咽頭 <sup>いん</sup> 痛、のどのいらいら、胸痛、胸部不安感、息切れ、動悸、息 <sup>き</sup> 苦しさ、倦怠感 <sup>けん</sup> 、食欲不振、体重減少、その他(      )                                                                                           | 呼吸器系検査  |  |
| 皮膚の所見      |                                                                                                                                                                                                             |         |  |
| 肺 活 量      |                                                                                                                                                                                                             |         |  |
| 胸部エックス線検査  | <div style="text-align: center;">           直 接                  間 接<br/>           年      月              日<br/>  </div> | その他の検査等 |  |



(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|        |                    |                                                                                   |                                                                                     |
|--------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康診断   | 年月日<br>項目          | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|        | 既往歴                | 呼吸器症状、アレルギー症状                                                                     | 呼吸器症状、アレルギー症状                                                                       |
|        | 自覚症状及び他覚症状         | なし、乾性せき、たん、咽頭痛、のどのいらいら、胸痛、胸部不安感、息切れ、動悸、息苦しさ、倦怠感、食欲不振、体重減少、その他( )                  | なし、乾性せき、たん、咽頭痛、のどのいらいら、胸痛、胸部不安感、息切れ、動悸、息苦しさ、倦怠感、食欲不振、体重減少、その他( )                    |
|        | 皮膚の所見              |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 肺活量                |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 胸部のエックス線直接撮影による検査  |  |  |
|        | 判定                 | 再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                                        | 再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                                          |
|        | 医療機関名及び医師名         |                                                                                   |                                                                                     |
| 追加健康診断 | 年月日<br>項目          | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|        | 胸部理学的検査            |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 肺換気機能検査            |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 肺拡散機能検査            |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 心電図検査              |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 尿中又は血液中のベリリウムの量の測定 |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 皮膚貼布試験             |                                                                                   |                                                                                     |
|        | ヘマトクリット値の測定        |                                                                                   |                                                                                     |
|        | 判定                 | 再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                          | 再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                            |
|        | 医療機関名及び医師名         |                                                                                   |                                                                                     |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けてください。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(8)  
(表紙)

番号 号

健康管理手帳  
(ベンゾトリクロリド)

氏 名

厚生労働省

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
|               |                           |        |             |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印

職歴〔労働安全衛生法施行令第23条第9号の業務に係るものに限る。〕

## 離職前のベンゾトリクロリドに係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既往歴及び治療歴 |
|-----|----------|
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                             |                                                                                                                    |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自覚症状及び他<br>覚症状              | なし、せき、たん、胸痛、鼻汁、鼻出<br>血、嗅覚脱失、副鼻腔炎、鼻ポリープ、<br>皮膚(    )、その他(    )                                                      |
| 皮 膚 の 所 見                   | なし、ゆうぜい、色素沈着、その他(    )<br>(    )                                                                                   |
| 胸部エックス線<br>検査               | 直 接                      間 接<br> |
| 特殊な撮影法に<br>よるエックス線<br>写真の所見 |                                                                                                                    |
| かくたん<br>喀痰の細胞診              |                                                                                                                    |
| 気管支鏡検査                      |                                                                                                                    |
| その他の検査等                     |                                                                                                                    |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|            |                     |                                                                                   |                                                                                     |
|------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康診断       | 年月日<br>項目           | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|            | 既往歴                 | なし、せき、たん、胸痛、鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、副鼻腔炎、鼻ポリープ、皮膚( )その他( )                                    | なし、せき、たん、胸痛、鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、副鼻腔炎、鼻ポリープ、皮膚( )その他( )                                      |
|            | 自覚症状及び他覚症状          | なし、せき、たん、胸痛、鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、副鼻腔炎、鼻ポリープ、頸部等のリンパ腺の肥大、その他( )                             | なし、せき、たん、胸痛、鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、副鼻腔炎、鼻ポリープ、頸部等のリンパ腺の肥大、その他( )                               |
|            | 皮膚の所見               | なし、ゆうぜい、色素沈着、その他( )                                                               | なし、ゆうぜい、色素沈着、その他( )                                                                 |
|            | 胸部のエックス線直接撮影による検査   |  |  |
|            | 判定                  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                              | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                                |
|            | 医療機関名及び医師名          |                                                                                   |                                                                                     |
| 追加健康診断     | 年月日<br>項目           | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|            | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見 |                                                                                   |                                                                                     |
|            | かくたん 喀痰の細胞診         |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 気管支鏡検査              |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 頭部のエックス線撮影等による検査    |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 血液検査(血液像を含む。)       |                                                                                   |                                                                                     |
|            | リンパ腺の病理組織学的検査       |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 皮膚の病理組織学的検査         |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 判定                  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                  |
| 医療機関名及び医師名 |                     |                                                                                   |                                                                                     |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けて下さい。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。



様式第8号(第54条関係)(9)  
(表紙)

番号 号

健康管理手帳  
(塩化ビニル)

氏 名

厚生労働省

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
|               |                           |        |             |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印

職歴〔労働安全衛生法施行令第23条第10号の業務に係るものに限る。〕

## 離職前の塩化ビニルに係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既往歴及び治療歴 |
|-----|----------|
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                |                                                                                                      |                 |  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| 自覚症状及び<br>他覚症状 | なし、頭痛、めまい、耳<br>鳴り、全身倦怠感、易疲<br>労感、不定の上腹部症<br>状、黄疸、黒色便、手指<br>の疼痛、その他( )                                | I C G<br>L D H  |  |
| 肝又は脾の腫大        |                                                                                                      | 血 清<br>脂 質      |  |
| 肝機能検査          | 血清ビリルビン<br>G O T<br>G P T<br>A L P                                                                   |                 |  |
| 胸部エックス<br>線検査  | 直接間接<br>年 月 日<br> | その他の<br>検査<br>等 |  |
| 血小板数           |                                                                                                      |                 |  |
| γ-GTP          |                                                                                                      |                 |  |
| ZTT            |                                                                                                      |                 |  |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|                     |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
|---------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 健康診断                | <div>年月日</div> <div>項目</div>        | 年 月 日                                                                              | 年 月 日                                                                                |       |
|                     | 既往歴                                 | なし、全身倦怠感、易疲労感、食欲不振、不定の上腹部症状、黄疸、黒色便、手指の蒼白、肝疾患、疼痛、その他( )                             | なし、全身倦怠感、易疲労感、食欲不振、不定の上腹部症状、黄疸、黒色便、手指の蒼白、肝疾患、疼痛、その他( )                               |       |
|                     | 自覚症状及び他覚症状                          | なし、頭痛、めまい、耳鳴り、全身倦怠感、易疲労感、不定の上腹部症状、黄疸、黒色便、手指の疼痛、その他( )                              | なし、頭痛、めまい、耳鳴り、全身倦怠感、易疲労感、不定の上腹部症状、黄疸、黒色便、手指の疼痛、その他( )                                |       |
|                     | 肝又は脾の腫大                             |                                                                                    |                                                                                      |       |
|                     | 肝機能検査                               | 血清ビリルビン<br>G O T<br>G P T<br>A L — P                                               | 血清ビリルビン<br>G O T<br>G P T<br>A L — P                                                 |       |
|                     | 胸部のエックス線直接撮影による検査                   |  |  |       |
|                     | 判定                                  | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                              | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                                |       |
|                     | 医療機関名及び医師名                          |                                                                                    |                                                                                      |       |
|                     | 追加健康診断                              | <div>年月日</div> <div>項目</div>                                                       | 年 月 日                                                                                | 年 月 日 |
|                     |                                     | 血小板数                                                                               |                                                                                      |       |
| γ — G T P           |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| Z T T               |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| I C G               |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| L D H               |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| 血清脂質                |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見 |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| 肝又は脾のシンチグラムによる検査    |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| 中枢神経系の神経医学的検査       |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |
| 判定                  | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( ) | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                |                                                                                      |       |
| 医療機関名及び医師名          |                                     |                                                                                    |                                                                                      |       |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けてください。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(10)

(表紙)

|        |  |   |
|--------|--|---|
| 番号     |  | 号 |
| 健康管理手帳 |  |   |
| (石綿)   |  |   |
| 氏名     |  |   |
| 厚生労働省  |  |   |

|         |                           |        |             |
|---------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)  |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 氏 名     |                           |        |             |
| 生 年 月 日 | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所     | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)    |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印



職歴〔労働安全衛生法施行令第23条第11号の業務〕  
に係るものに限る。

## 離職前の石綿に係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既 往 歴 及 び 治 療 歴 |
|-----|-----------------|
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 喫 煙 歴                 | なし、やめた、吸っている<br>( )本/日×( )年 ( ~ )歳                                                                                                                                                                                                                 |
| 自覚症状及び他覚症状            | なし、せき、たん、息切れ、胸痛、<br>その他 ( )                                                                                                                                                                                                                        |
| 胸部のエックス線<br>直接撮影による検査 | 年 月 日<br>                                                                                                                                                       |
| 特殊なエックス線<br>撮影による検査   |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 喀 痰 の 細 胞 診           |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 気 管 支 鏡 検 査           |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 交 付 要 件               | <input type="checkbox"/> 1 石綿等を製造し、又は取り扱う業務に従事した者<br><input type="checkbox"/> イ 胸部の所見<br><input type="checkbox"/> ロ 石綿作業従事歴( )年( )月<br>従事した主な作業( )<br><br><input type="checkbox"/> 2 石綿等の製造又は取扱いに伴い石綿の粉じんを<br>発散する場所における業務に従事した者(1 に<br>該当する者を除く。) |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|            |                                           |                                                                                   |                                                                                     |
|------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康診断       | <div> <div>年月日</div> <div>項目</div> </div> | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|            | 喫 煙 歴                                     | なし、やめた、吸っている                                                                      | なし、やめた、吸っている                                                                        |
|            | 既 往 歴                                     | なし、せき、たん、息切れ、胸痛、その他( )                                                            | なし、せき、たん、息切れ、胸痛、その他( )                                                              |
|            | 自覚症状及び他覚症状                                | なし、せき、たん、息切れ、胸痛、その他( )                                                            | なし、せき、たん、息切れ、胸痛、その他( )                                                              |
|            | 胸部のエックス線直接撮影による検査                         |  |  |
|            | 判 定                                       | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                             | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>( )                                               |
| 医療機関名及び医師名 |                                           |                                                                                   |                                                                                     |
| 追加健康診断     | <div> <div>年月日</div> <div>項目</div> </div> | 年 月 日                                                                             | 年 月 日                                                                               |
|            | 特殊なエックス線撮影による検査                           |                                                                                   |                                                                                     |
|            | かく たん 喀 痰 の 細 胞 診                         |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 気 管 支 鏡 検 査                               |                                                                                   |                                                                                     |
|            | 判 定                                       | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( )                                               | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>療養要、不要<br>( )                                                 |
|            | 医療機関名及び医師名                                |                                                                                   |                                                                                     |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て、必要な訂正又は再交付を受けて下さい。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(11)

(表紙)

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| 番号             |  | 号 |
| 健康管理手帳         |  |   |
| (1・2—ジクロロプロパン) |  |   |
| 氏名             |  |   |
| 厚生労働省          |  |   |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長印

[illegible]

## 離職前の 1・2—ジクロロプロパンに係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既 往 歴 及 び 治 療 歴 |
|-----|-----------------|
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |
| 年 月 |                 |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                                                   |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自 覚 症 状 及 び<br>他 覚 所 見                            | なし、眼の痛み、発赤、せき、咽頭痛、鼻腔刺激 <sup>くう</sup> 症<br>状、皮膚炎、悪心、嘔吐 <sup>おう</sup> 、黄疸 <sup>だん</sup> 、体重減少、上腹部<br>痛、その他( ) |
| 血 清 総 ビ リ ル ビ ン                                   |                                                                                                             |
| G O T                                             |                                                                                                             |
| G P T                                             |                                                                                                             |
| γ — G T P                                         |                                                                                                             |
| A L — P                                           |                                                                                                             |
| 腹部の超音波による検査等の<br>画 像 検 査                          |                                                                                                             |
| CA19—9 等の血液 <sup>しゅよう</sup> 中の腫瘍<br>マ ー カ ー の 検 査 |                                                                                                             |
| 赤 血 球 系 の 血 液 検 査                                 |                                                                                                             |
| 血 清 間 接 ビ リ ル ビ ン                                 |                                                                                                             |



(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|        |                        |                                      |                                      |
|--------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 健康診断   | 年月日<br>項目              | 年 月 日                                | 年 月 日                                |
|        | 既往歴                    | なし、悪心、嘔吐、黄疸、<br>体重減少、上腹部痛、その他( )     | なし、悪心、嘔吐、黄疸、<br>体重減少、上腹部痛、その他( )     |
|        | 自覚症状及び他覚症状             | なし、悪心、嘔吐、黄疸、<br>体重減少、上腹部痛、その他( )     | なし、悪心、嘔吐、黄疸、<br>体重減少、上腹部痛、その他( )     |
|        | 血清総ビリルビン               |                                      |                                      |
|        | G O T                  |                                      |                                      |
|        | G P T                  |                                      |                                      |
|        | γ — G T P              |                                      |                                      |
|        | A L — P                |                                      |                                      |
|        | 判定                     | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( ) | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( ) |
|        | 医療機関名及び医師名             |                                      |                                      |
| 追加健康診断 | 年月日<br>項目              | 年 月 日                                | 年 月 日                                |
|        | 腹部の超音波による検査等の画像検査      |                                      |                                      |
|        | CA19—9 等の血液中の腫瘍マーカーの検査 |                                      |                                      |
|        | 判定                     | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )   | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )   |
|        | 医療機関名及び医師名             |                                      |                                      |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けてください。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

様式第8号(第54条関係)(12)

(表紙)

|                                          |  |              |
|------------------------------------------|--|--------------|
| <div>番号</div>                            |  | <div>号</div> |
| <div>健康管理手帳</div> <div>(オルトートルイジン)</div> |  |              |
| <div>氏名</div>                            |  |              |
| <div>厚生労働省</div>                         |  |              |

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長印

職歴〔労働安全衛生法施行令第23条第14号の業務〕  
に係るものに限る。

## 離職前のオルトートルイジンに係る疾病の既往歴及び治療歴

|     | 既往歴及び治療歴 |
|-----|----------|
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |

## 離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                                               |                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 自覚症状及び<br>他覚症状                                | なし、頭重、頭痛、めまい、疲労感、倦怠感、顔面<br>蒼白、チアノーゼ、心悸亢進、尿の着色、血尿、頻<br>尿、排尿痛、その他( ) |
| 尿中の潜血検査                                       |                                                                    |
| 尿中のオルトートル<br>イジンの量の測定                         |                                                                    |
| 尿沈渣検鏡の検査                                      |                                                                    |
| 尿沈渣のパパニコラ<br>法による細胞診の検査                       |                                                                    |
| ぼうこう<br>膀胱鏡検査                                 |                                                                    |
| 腹部の超音波による<br>検査、尿路造影検査<br>等の画像検査              |                                                                    |
| 赤血球数、網状赤血<br>球数、メトヘモグロ<br>ビンの量等の赤血球<br>系の血液検査 |                                                                    |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|        |                                           |                                       |                                       |
|--------|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 健康診断   | <div> <div>年月日</div> <div>項目</div> </div> | 年 月 日                                 | 年 月 日                                 |
|        | 既往歴                                       | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   |
|        | 自覚症状及び他覚症状                                | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                   |
|        | 尿中の潜血検査                                   |                                       |                                       |
|        | 尿沈渣 <sup>さ</sup> 検鏡の検査                    |                                       |                                       |
|        | 尿沈渣 <sup>さ</sup> のパパニコラ法による細胞診の検査         |                                       |                                       |
|        | 判定                                        | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診 要、不要<br>( ) | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診 要、不要<br>( ) |
|        | 医療機関名及び医師名                                |                                       |                                       |
| 追加健康診断 | <div> <div>年月日</div> <div>項目</div> </div> | 年 月 日                                 | 年 月 日                                 |
|        | ぼうこう<br>膀胱鏡検査                             |                                       |                                       |
|        | 腹部の超音波による検査、尿路造影検査等の画像検査                  |                                       |                                       |
|        | 判定                                        | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養 要、不要<br>( )   | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養 要、不要<br>( )   |
|        | 医療機関名及び医師名                                |                                       |                                       |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けてください。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。



様式第8号(第54条関係)(13)

(表紙)

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| 番号                            |  | 号 |
| 健康管理手帳                        |  |   |
| (3・3'－ジクロロ－4・4'－ジアミノジフェニルメタン) |  |   |
| 氏名                            |  |   |
| 厚生労働省                         |  |   |

(1頁)

|               |                           |        |             |
|---------------|---------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな)<br>氏 名 |                           | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
| 生 年 月 日       | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |        |             |
| 住 所           | 都道<br>府県                  |        |             |
| (備考)          |                           |        |             |

労働安全衛生法第67条第1項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長印

[illegible]

離職前の 3・3'－ジクロロ－4・4'－ジアミノジフェニルメタンに係る疾病の既往歴  
及び治療歴

|     | 既往歴及び治療歴 |
|-----|----------|
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |
| 年 月 |          |

離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

|                                                      |                                                          |                                      |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自覚症状及び<br>他覚症状                                       | なし、上腹部の異<br>常感、倦怠感、せ<br>き、たん、胸痛、<br>血尿、頻尿、排尿<br>痛、その他( ) | ぼう こう<br>膀胱鏡検査                       |                                                                                                         |
| 尿中の潜血検査                                              |                                                          | 腹部の超音波に<br>よる検査、尿路<br>造影検査等の画<br>像検査 |                                                                                                         |
| 尿中の 3・3'－<br>ジクロロ－4・<br>4'－ジアミノジ<br>フェニルメタンの<br>量の測定 |                                                          | 胸部エックス線<br>検査                        | 直接 間接<br>年 月 日<br> |
| さ<br>尿沈渣検鏡の検査                                        |                                                          |                                      |                                                                                                         |
| さ<br>尿沈渣のパパニ<br>コラ法による細<br>胞診の検査                     |                                                          | 特殊なエックス<br>線撮影による検<br>査              |                                                                                                         |
| 肝機能検査                                                |                                                          | かくたん<br>喀痰の細胞診                       |                                                                                                         |
| 腎機能検査                                                |                                                          | 気管支鏡検査                               |                                                                                                         |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|        |                                           |                                      |                                      |
|--------|-------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 健康診断   | <div> <div>年月日</div> <div>項目</div> </div> | 年 月 日                                | 年 月 日                                |
|        | 既往歴                                       | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                  | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                  |
|        | 自覚症状及び他覚症状                                | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                  | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他( )                  |
|        | 尿中の潜血検査                                   |                                      |                                      |
|        | 尿沈渣 <sup>さ</sup> 検鏡の検査                    |                                      |                                      |
|        | 尿沈渣 <sup>さ</sup> のパパニコラ法による細胞診の検査         |                                      |                                      |
|        | 判定                                        | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( ) | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>( ) |
|        | 医療機関名及び医師名                                |                                      |                                      |
| 追加健康診断 | <div> <div>年月日</div> <div>項目</div> </div> | 年 月 日                                | 年 月 日                                |
|        | ぼうこう鏡検査                                   |                                      |                                      |
|        | 腹部の超音波による検査、尿路造影検査等の画像検査                  |                                      |                                      |
|        | 判定                                        | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )   | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br>( )   |
|        | 医療機関名及び医師名                                |                                      |                                      |

(最後の頁)

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けてください。
  - イ 氏名又は住所を変更したとき
  - ロ この手帳を失ったとき
  - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。