

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



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 |  |
| 膀胱 <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。))

|            | 年月日                                    |   | 年 | 月 | 日 | 年   | 月 | 日 |
|------------|--|---|---|---|---|---|---|---|
|            | 項目                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 健康診断       | 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> 検査鏡の検査                |   |   |   |   |   |   |   |
|            | 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><br>( ) |   |   |   | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br><br>( ) |   |   |
|            | 医療機関名及び医師名                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 追加健康診断     | 年月日                                    |   | 年 | 月 | 日 | 年   | 月 | 日 |
|            | 項目                                     |   |   |   |   |   |   |   |
|            | 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>再検査要、不要<br>療養要、不要<br><br>( )   |   |   |   | 異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>療養要、不要<br><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

労働局長印





## 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     |   |
| 胸膜炎    | 歳 | _____    | 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 |

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( ) |
|              | 他覚所見                               | 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( )%、%1秒量( )%、%肺活量( )%             |
|              | 第二次検査                              | 酸素分圧( Torr)、<br>肺泡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              |         | 年 月 日                                      | 年 月 日                                      |
|--------------------|---------|--|--|
| 項 目                |         |  |  |
| 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(- + ++)                                  | F(- + ++)                                  |
| 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 勞 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






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  | 直接 間接<br>年 月 日<br> |         |  |



(5頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|                            | 年月日                     |   |   |
|----------------------------|-------------------------|---|---|
|                            | 項目                      | 年 月 日   | 年 月 日   |
| 健<br>康<br>診<br>断           | 既往歴                     | なし、たん、せき、胸痛、<br>鼻腔( )、皮膚( )、<br>その他( )  | なし、たん、せき、胸痛、<br>鼻腔( )、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( )  |
|                            | 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>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br><br>( )  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br><br>( )  |
|                            | 医療機関名及び医師名              |   |   |
| 追<br>加<br>健<br>康<br>診<br>断 | 年月日                     |   |   |
|                            | 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>再検査、不要<br>療養要、不要<br><br>( )  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br><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)(4)

(表 紙)

番号 号

健 康 管 理 手 帳  
ひ  
(砒素)

氏 名 \_\_\_\_\_

厚 生 勞 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




離職前の<sup>ひ</sup>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。))

|        | 項目                  | 年月日   | 年 月 日   | 年 月 日                                     |
|--------|---------------------|---|---|---|
|        |                     | 健康診断  | 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( ) |
| 健康診断   | 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( )  | なし、たん、せき、食欲不振、体重減少、知覚異常、その他( )            |
| 健康診断   | 鼻腔の所見               |   |   |   |
| 健康診断   | 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( )  | なし、色素異常(沈着、脱色)、角化、その他( )                  |
| 健康診断   | 胸部のエックス線直接撮影による検査   |  |  |   |
| 健康診断   | 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>( )  |   |
| 健康診断   | 医療機関名及び医師名          |   |   |   |
| 追加健康診断 | 項目                  | 年月日   | 年 月 日   | 年 月 日                                     |
|        | 肝機能検査               |   |   |   |
|        | 赤血球系の血液検査           |   |   |   |
|        | ひ<br>砒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>( )  |   |
| 追加健康診断 | 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






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。))

|            | 年月日                     |   |   |
|------------|-------------------------|---|---|
|            | 項目                      | 年 月 日   | 年 月 日   |
| 健康診断       | 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>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br><br>( )  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br><br>( )  |
|            | 医療機関名及び医師名              |   |   |
|            |                         |   |   |
| 追加健康診断     | 年月日                     |   |   |
|            | 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>再検査、不要<br>療養要、不要<br><br>( )  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>療養要、不要<br><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)(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






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

|            |  |
|------------|--|
| 自覚症状及び他覚症状 | なし、せき、たん、胸痛、体重減少、その他( )  |
| 胸部エックス線検査  | 直接 間接<br>年 月 日<br> |
| その他の検査等    |  |

(5頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|            | 年月日                                |   |   |
|------------|------------------------------------|---|---|
|            | 項目                                 | 年 月 日   | 年 月 日   |
| 健康診断       | 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                                |   |   |
|            | 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)(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




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  | 直接 間接<br>年 月 日<br>        | その他の検査等 |  |



(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|            | 年月日                |   | 年 月 日 | 年 月 日   |
|------------|--------------------|---|-------|---|
|            | 項目                 |   |       |   |
| 健康診断       | 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、不要<br>追加健診 要、不要<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                |   | 年 月 日 | 年 月 日   |
|            | 項目                 |   |       |   |
|            | 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、不要<br>療養 要、不要<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。

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




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、皮膚( )、その他( )   |
| 皮膚の所見               | なし、ゆうぜい、色素沈着、その他( )   |
| 胸部エックス線検査           | 直接 間接<br> |
| 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              |   |
| その他の検査等             |   |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|                            | 年月日                                |   | 年 月 日   | 年 月 日   |
|----------------------------|------------------------------------|---|---|---|
|                            | 項目                                 |   |   |   |
| 健<br>康<br>診<br>断           | 既往歴                                | なし、せき、たん、胸痛、<br>鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、<br>副鼻腔炎、鼻ポリープ、皮<br>膚( )その他( )                        | なし、せき、たん、胸痛、<br>鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、<br>副鼻腔炎、鼻ポリープ、皮<br>膚( )その他( )                          | なし、せき、たん、胸痛、<br>鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、<br>副鼻腔炎、鼻ポリープ、皮<br>膚( )その他( )            |
|                            | 自覚症状及び他覚症状                         | なし、せき、たん、胸痛、<br>鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、<br>副鼻腔炎、鼻ポリープ、頸<br>部等のリンパ腺の肥大、そ<br>の他( )             | なし、せき、たん、胸痛、<br>鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、<br>副鼻腔炎、鼻ポリープ、頸<br>部等のリンパ腺の肥大、そ<br>の他( )               | なし、せき、たん、胸痛、<br>鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、<br>副鼻腔炎、鼻ポリープ、頸<br>部等のリンパ腺の肥大、そ<br>の他( ) |
|                            | 皮膚の所見                              | なし、ゆうぜい、色素沈着、<br>その他( )   | なし、ゆうぜい、色素沈着、<br>その他( )   | なし、ゆうぜい、色素沈着、<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<br>加<br>健<br>康<br>診<br>断 | 年月日                                |   | 年 月 日   | 年 月 日   |
|                            | 項目                                 |   |   |   |
|                            | 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                             |   |   |   |
|                            | 頭部のエックス線撮影<br>等による検査               |   |   |   |
|                            | 血液検査(血液像を含<br>む。)                  |   |   |   |
|                            | リンパ腺の病理組織学<br>的検査                  |   |   |   |
| 皮膚の病理組織学的検<br>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。



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




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           |  |
|                |  | 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<br>の検査<br>等 |  |
| 血小板数           |  |                 |  |
| γ-GTP          |  |                 |  |
| ZTT            |  |                 |  |

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

|                     | 年月日                                |  | 年 月 日  |  | 年 月 日  |  |  |
|---------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
|                     | 項目                                 |  |  |  |  |  |  |
| 健康<br>診<br>断        | 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( )                               | 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( )                               | 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( )                                | 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( )                                | 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   | 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   | 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、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>( )   | 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>( )   | 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<br>加<br>健<br>康<br>診<br>断         | 年月日  |  | 年 月 日  |  | 年 月 日  |  |
|                     |                                    | 項目   |  |  |  |  |  |
|                     |                                    | 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>( )   | 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>( )   | 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。

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 | 男・女 |
| 氏名     |                           | 別 |     |
| 生年月日   | (明治・大正・昭和・平成・令和)<br>年 月 日 |   |     |
| 住所     | 都道府県                      |   |     |
| (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






## 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。))

|        | 項目                | 年月日   | 年 月 日   | 年 月 日                  |
|--------|-------------------|---|---|------------------------|
|        |                   |   |   |                        |
| 健康診断   | 喫煙歴               | なし、やめた、吸っている  | 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( )  | 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( )  | 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、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 | 項目                | 年月日   | 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、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)(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



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、鼻腔刺激症<br>状、皮膚炎、悪心、嘔吐、黄疸、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。))

|            | 項目                     | 年月日                                  | 年 月 日                                | 年 月 日                                |
|------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|            |                        |                                      |                                      |                                      |
| 健康診断       | 既往歴                    | なし、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他( )         | なし、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他( )         | なし、悪心、嘔吐、黄疸、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、体重減少、上腹部痛、その他( )         | なし、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他( )         | なし、悪心、嘔吐、黄疸、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>( ) | 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     | 項目                     | 年月日                                  | 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>( )   | 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)(12)

(表紙)

番号 号

健康管理手帳  
(オルトートルイジン)

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



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                       |  |
| 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。))

|            | 年月日                               |                                      | 年 | 月 | 日                                    | 年 | 月 | 日 |
|------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|---|---|---|
|            | 項目                                |                                      |   |   |                                      |   |   |   |
| 健康診断       | 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     | 年月日                               |                                      | 年 | 月 | 日                                    | 年 | 月 | 日 |
|            | 項目                                |                                      |   |   |                                      |   |   |   |
|            | 膀胱 <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          |                                      |   |   |                                      |   |   |   |
|            | 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)(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

|              |                           |        |             |
|--------------|---------------------------|--------|-------------|
| (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




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・4'<br>-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> |
| 尿沈渣鏡の検査   |  |                                      |   |
| 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。))

|        | 項目                                | 年月日                                  | 年 月 日                                | 年 月 日                                |
|--------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|        |                                   |                                      |                                      |                                      |
| 健康診断   | 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( )                  | 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( )                  | 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>( ) | 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 | 項目                                | 年月日                                  | 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>再療養要、不要<br>( )  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>再療養要、不要<br>( )  | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>再療養要、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。