

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) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 ^さ 検鏡の検査	
尿沈渣 ^さ のパパニコラ法による細胞診の検査	
膀胱 ^{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	
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 ^さ 検査鏡の検査							
	尿沈渣 ^さ のパパニコラ法による細胞診の検査							
	判定	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()				異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()		
	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 再検査、不要 療養要、不要 ()				異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()		
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) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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

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 ()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)、 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()%、 %1秒量()%、 %肺活量()%	1秒率()%、 %1秒量()%、 %肺活量()%
	第二次検査	酸素分圧 (Torr)、肺 胞気動脈血酸素分圧較差(Torr)	酸素分圧 (Torr)、肺 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 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) 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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




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		
皮膚の所見			
胸部エックス線検査	直接 間接 年 月 日 		

(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、たん、せき、胸痛、 鼻腔()、皮膚()、 その他()	なし、たん、せき、胸痛、 鼻腔()、皮膚()、 その他()			
	自覚症状及び他覚症状	なし、たん、せき、胸痛、 その他()	なし、たん、せき、胸痛、 その他()			
	鼻 腔 の 所 見	なし、鼻粘膜の異常、鼻 中隔穿孔	なし、鼻粘膜の異常、鼻 中隔穿孔			
	皮 膚 の 所 見					
	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 再 検 要、不要 追加健診 要、不要 ()	異常 あり、なし 再 検 要、不要 追加健診 要、不要 ()			
	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					
	特殊な撮影法によるエ 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 再検 要、不要 療養 要、不要 ()	異常 あり、なし 再検 要、不要 療養 要、不要 ()			
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) 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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




離職前の^ひ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、 体重減少、知覚異常、その他 ()	赤血球系の血液 検査	
くう 鼻腔の所見			
皮膚の所見		ひ 砒素化合物量の 測定結果	
胸部エックス線検査	直接 間接 年 月 日 	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。))

	年月日		年 月 日	年 月 日
	項目			
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()	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 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()
	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			
	肝機能検査			
	赤血球系の血液検査			
	ひ 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 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 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()
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) 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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、 その他()
皮膚の所見	なし、皮膚炎、にきび様変化、 黒皮症、いぼ、潰瘍、ガス斑、 その他()
胸部エックス線検査	 直接 間接 年 月 日
特殊な撮影法によるエ ックス線写真の所見	
喀痰 <small>かくたん</small> 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、 食欲不振、皮膚()、 その他()	なし、たん、せき、胸痛、 食欲不振、皮膚()、 その他()
	自覚症状及び他覚症状	なし、たん、せき、胸痛、 その他()	なし、たん、せき、胸痛、 その他()
	皮膚の所見	なし、皮膚炎、にきび様変 化、黒皮症、いぼ、ガス斑 ^{はん} 、 その他()	なし、皮膚炎、にきび様変 化、黒皮症、いぼ、ガス斑 ^{はん} 、 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 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()
	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 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		
	皮膚の病理学的検査		
	判定	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()
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)(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) 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 年 月 日 
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、 体重減少、その他()	なし、せき、たん、胸痛、 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、 体重減少、その他()	なし、せき、たん、胸痛、 体重減少、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 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()
	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 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		
判 定	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	
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) 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 ^{いん} 痛、のどのいらいら、胸痛、胸部不安感、息切れ、動悸、息 ^き 苦しさ、倦怠感 ^{けん} 、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 年 月 日 	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 追加健診 要、不要 ()		再検査、不要 追加健診 要、不要 ()
	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 療養 要、不要 ()		再検査、不要 療養 要、不要 ()
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) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 
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
健 康 診 断	項 目			
	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()	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()	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()	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 再 検 要、不要 追加健診 要、不要 〔 〕	異 常 あり、なし 再 検 要、不要 追加健診 要、不要 〔 〕	
	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			
	特殊な撮影法によるエ 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 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 再検 要、不要 療養 要、不要 〔 〕	異常 あり、なし 再検 要、不要 療養 要、不要 〔 〕		
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) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 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()	I C G	
		L D H	
肝又は脾の腫大		血 清 脂 質	
肝機能検査	血清ビリルビン G O T G P T A L P		
胸部エックス 線検査	直接間接 年 月 日 	その他の検査 等	
血小板数			
γ-GTP			
ZTT			

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

項目	年月日	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()	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 G O T G P T A L — P	血清ビリルビン G O T G P T A L — P	血清ビリルビン G O T G P T 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 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	
医療機関名及び医師名			
項目	年月日	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			
中枢神経系の神経学的検査			
判定	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	
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) 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 ()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、 その他 ()
胸部のエックス線 直接撮影による検査	年 月 日 
特殊なエックス線 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 <input type="checkbox"/> イ 胸部の所見 <input type="checkbox"/> ロ 石綿作業従事歴()年()月 従事した主な作業() <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 発散する場所における業務に従事した者(1に 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	
	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 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	
	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 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	
	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)(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) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 他覚所見	なし、眼の痛み、発赤、せき、咽頭痛、鼻腔刺激症 ^{くう} 状、皮膚炎、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	
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 ^{しゅよう} 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 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()
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 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()
	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) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 他覚症状	なし、頭重、頭痛、めまい、疲労感、倦怠感、顔面 蒼白、チアノーゼ、心悸亢進、尿の着色、血尿、頻 尿、排尿痛、その他()
尿中の潜血検査	
尿中のオルトートル 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 法による細胞診の検査	
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	
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 ^さ 検鏡の検査							
	尿沈渣 ^さ のパパニコラ法による細胞診の検査							
	判定	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()			異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()			
	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 再検査、不要 療養要、不要 ()			異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()				
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) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 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 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 他覚症状	なし、上腹部の異 常感、倦怠感、せ き、たん、胸痛、 血尿、頻尿、排尿 痛、その他()	ぼうこう 膀胱鏡検査	
尿中の潜血検査		腹部の超音波に よる検査、尿路 造影検査等の画 像検査	
尿中の 3・3' - ジクロロ-4・4' -ジアミノジ フェニルメタンの 量の測定		胸部エックス線 検査	直接 間接 年 月 日 
尿沈渣検査の検査			
尿沈渣のパパニ コラ法による細 胞診の検査		特殊なエックス 線撮影による検 査	
肝機能検査		かくたん 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 ^さ 検鏡の検査			
	尿沈渣 ^さ のパパニコラ法による細胞診の検査			
	判定	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 ()
	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 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()	異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 ()
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。