

様式第2号(第40条関係)(表面)

特定化学物質健康診断個人票

氏 名			生年月日	年 月 日	雇入年月日	年 月 日
			性 別	男・女		
業 務 名						
健 康 診 断 の 時 期 (雇入れ・配置替え・定期)						
第 一 次 健 康 診 断	健 診 年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	作業条件の簡易な調査の結果					
	既 往 歴					
	検 診 又 は 検 査 の 項 目					
	医師の診断及び第二次健康診断の要否					
	健康診断を実施した医師の氏名					
備 考						
第 二 次 健 康 診 断	健 診 年 月 日					
	作業条件の調査の結果					
	検 診 又 は 検 査 の 項 目					
	医 師 の 診 断					
	健康診断を実施した医師の氏名					
	備 考					
医 師 の 意 見						
意見を述べた医師の氏名						