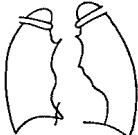


様式第3号 (第13条、第20条、第22条関係)

じん肺健康診断結果証明書																		
ふりがな			性別	生年月日	粉じん作業歴													
氏名			男 女	年 月 日	事業場名及び粉じん作業名 (号)		期間	年数										
住所	(変更)																	
事業場	名称	業種			事業場名 (号)		年月から年月まで	年月										
	所在地																	
じん肺の経過																		
初めてのじん肺有所見の診断 年																		
前2回の 決 定 状 況		決定年月 年 月	じん肺管理区分	PR	F	事業場名 (号)		年月から年月まで	年月									
		決定年月 年 月	じん肺管理区分	PR	F	事業場名 (号)		年月から年月まで	年月									
決定年月	じん肺管理区分	PR	F	決定年月	じん肺管理区分	P R	F	粉じん作業に従事した期間の合計 年 月										
年 月				年 月				粉じん作業名 期間 年数 累計										
年 月				年 月				(号) 年月から年月まで 年月 年月										
年 月				年 月				(号) 年月から年月まで 年月 年月										
年 月				年 月				(号) 年月から年月まで 年月 年月										
年 月				年 月				(号) 年月から年月まで 年月 年月										
年 月				年 月				(号) 年月から年月まで 年月 年月										
既往歴																		
肺結核	歳	心臓疾患			歳	その他の胸部疾患												
胸膜炎	歳				歳													
気管支炎	歳				歳													
気管支拡張症	歳				歳													
気管支喘息	歳				歳													
肺気腫	歳				歳													
エックス線写真による検査																		
		4. エックス線写真の像 イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 3/3 2/3 3/4) <table border="1"> <tr><th>像</th><th>区分</th><th>タイプ</th></tr> <tr><td>粒状影</td><td>/</td><td>p q r</td></tr> <tr><td>不整形陰影</td><td>/</td><td></td></tr> </table> ロ. 大陰影の区分 (A B C) ハ. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)								像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整形陰影	/	
像	区分	タイプ																
粒状影	/	p q r																
不整形陰影	/																	
1.撮影年月日	年 月 日	年 月 日 医療機関の名称及び所在地 医師氏名 (印)																
2.写真番号																		
3.撮影条件	KV mAs 増感紙																	
自覚症状	呼吸困難 せき たん 心悸亢進 その他	I II III IV V	チアノーゼ 他 覺 所見	+ - + - + - + -	たん 副雑音 その他	+	-	(部位)	医師氏名 (印)									
胸部に関する臨床検査	検査年月日		年 月 日 医療機関の名称及び所在地 医師氏名 (印)															
自覚症状																		
呼吸困難 せき たん 心悸亢進 その他	I II III IV V																	
喀痰	チアノーゼ 他 覺 所見																	
その他	+ - + - + - + -																	
喫煙歴	なし、やめた、吸っている ( )本/日×( )年 ( ~ )歳																	
合併症に関する検査																		
検査年月日	年 月 日		肺結核以外の合併症に関する検査 結核菌 エックス線特殊撮影 赤血球沈降速度 ツベルクリン反応	結核菌 塗抹 + - 培養 + - 撮影法 ( ) 所見 年月日 かくたん喀痰 細胞診 所見 年月日 撮影法らせんCT、その他( ) 所見 その他	たん 量 性状 年月日(初日) 所見 年月日 撮影法らせんCT、その他( ) 所見 その他	塗抹 + - 培養 + - ml ml 年月日 年月日 年月日 年月日 年月日 年月日	医療機関の名称及び所在地 医師氏名 (印)	医師意見										
自覚症状																		
結核菌																		
エックス線特殊撮影																		
赤血球沈降速度	1時間値 mm																	
ツベルクリン反応	2時間値 mm mm×																	
判定	年 月 日																	

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