

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

(1頁)

(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

(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。]

従 事 期 間	事 業 場 の 名 称 所 在 地	取 扱 物 質 名 及 び 従 事 業 務
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		

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、血尿、 ^{ひん} 頻尿、排尿痛、排尿困難
尿沈渣検査鏡	異常細胞なし、赤血球、白血球、上皮細胞
細胞診 (パパニコラ法)	陰性、疑陽性、陽性
ぼうこう鏡検査	なし、充血、貧血、腫脹、出血、 ^{はんこん} 癒痕、潰瘍、ポリープ、腫瘍
じんう盂撮影検査	異常陰影あり、なし

(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、 ^{ひん} 排尿痛、 ^{ひん} 排尿困難	なし、血尿、頻尿、 ^{ひん} 排尿痛、 ^{ひん} 排尿困難	なし、血尿、頻尿、 ^{ひん} 排尿痛、 ^{ひん} 排尿困難
	自覚症状及び他覚症状	なし、血尿、頻尿、 ^{ひん} 排尿痛、 ^{ひん} 排尿困難	なし、血尿、頻尿、 ^{ひん} 排尿痛、 ^{ひん} 排尿困難	なし、血尿、頻尿、 ^{ひん} 排尿痛、 ^{ひん} 排尿困難
	尿沈渣 ^さ 検鏡異常	異常細胞なし、赤血球、白血球、上皮細胞	異常細胞なし、赤血球、白血球、上皮細胞	異常細胞なし、赤血球、白血球、上皮細胞
	細胞診 (パパニコラ法)	陰性、疑陽性、陽性	陰性、疑陽性、陽性	陰性、疑陽性、陽性
	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 〔 〕	異常あり、なし 再検要、不要 追加健診要、不要 〔 〕
	医療機関名および医師名			
		年月日	年 月 日	年 月 日
項目				
追加 健康 診断	ぼうこう鏡検査	なし、充血、貧血、腫脹、出血、 ^{はんこん} 癒痕、潰瘍、ポリープ、腫瘍	なし、充血、貧血、腫脹、出血、 ^{はんこん} 癒痕、潰瘍、ポリープ、腫瘍	なし、充血、貧血、腫脹、出血、 ^{はんこん} 癒痕、潰瘍、ポリープ、腫瘍
	じんう盂撮影検査	異常陰影あり、なし	異常陰影あり、なし	異常陰影あり、なし
	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 〔 〕	異常あり、なし 再検要、不要 療養要、不要 〔 〕
	医療機関名および医師名			

(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つて下さい。
- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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

(1頁)

(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

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
気管支ぜん息	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(、 、 、 、)、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1次検査	1秒率(%)、%肺活量(%)、 V25/身長(m)(l/sec/m)
	第2次検査	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		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(、 、 <small>きこう</small> 、)、せき、たん、心悸亢進、その他()	呼吸困難(、 、 <small>きこう</small> 、)、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(%)、 %肺活量(%)、 V25 / 身長(m) (l / sec / m)	1 秒率(%)、 %肺活量(%)、 V25 / 身長(m) (l / sec / m)
	第二次検査	肺胞気動脈血酸素分圧較差 (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 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つて下さい。
- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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

(1頁)

(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 ^{せん}		
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(<input type="text"/>)、皮膚(<input type="text"/>)、 その他(<input type="text"/>)	なし、たん、せき、胸痛、 鼻腔(<input type="text"/>)、皮膚(<input type="text"/>)、 その他(<input type="text"/>)	
	自覚症状及び他覚症状	なし、たん、せき、胸痛、 その他(<input type="text"/>)	なし、たん、せき、胸痛、 その他(<input type="text"/>)	
	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 (<input type="text"/>)	異 常 あり、なし 再 検 要、不要 追加健診 要、不要 (<input type="text"/>)	
	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			
	嚥 酸 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 (<input type="text"/>)	異常 あり、なし 再検 要、不要 療養 要、不要 (<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つて下さい。
- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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 _____

厚生労働省

(1頁)

(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


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	
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 年 月 日 間接 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		
		項目	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()	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()	なし、たん、せき、食欲不 振、体重減少、知覚異常、 その他()
	鼻 ^{くわう} 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()	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 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
	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			
	砒素化合物量の測定結果	尿()	尿()	
	特殊な撮影法によるエッ クス線写真の所見			
	咳 ^{かく} 痰 ^{たん} 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つて下さい。
- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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

(1頁)

(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	年 月 日	年 月 日
健 康 診 断	項 目			
	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()	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()	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()	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 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	項 目	年月日	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 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つて下さい。

- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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	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、 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		
	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つて下さい。

- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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

離職前のペ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	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()	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 追加健診要、不要 ()	再検査要、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			
	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 療養要、不要 ()	再検査要、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つて下さい。

- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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 ()	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	項 目			
	特殊な撮影法によるエ ックス線写真の所見			
	か くの 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 ()	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つて下さい。

- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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	その他の 検査 等
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 		
血小板数			
G T P Z T T			

(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、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()
	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			
	追 加 健 康 診 断	年月日	年 月 日	年 月 日
	血 小 板 数			
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 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つて下さい。

- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
 - 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) 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	
かくたん 喀痰の細胞診	
気管支鏡検査	
交付要件	胸部の所見 石綿作業従事歴()年()月 従事した主な作業()

(5 頁以降の頁(最後の頁を除く。))

	年月日	年	月	日	年	月	日
		項目			項目		
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	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つて下さい。

- 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(口の場合を除く。)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 この手帳を失つたとき
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 

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。))

		年月日			年 月 日			年 月 日			
		項目									
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 再検査要、不要 追加健診要、不要 ()			異常あり、なし 再検査要、不要 追加健診要、不要 ()			異常あり、なし 再検査要、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	
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 再検査要、不要 療養要、不要 ()			異常あり、なし 再検査要、不要 療養要、不要 ()			異常あり、なし 再検査要、不要 療養要、不要 ()			
医療機関名及び医師名											

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。

（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

（1頁）

（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

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。)

従 事 期 間	事 業 場 の 名 称 所 在 地	従 事 し た 業 務
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		
自 年 月 日		
至 年 月 日		

離職前のオルト—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—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		
	項目	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()
	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 ^{カク} 検鏡の検査		
	尿沈渣 ^{カク} 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		
	項目	年 月 日	年 月 日
	ぼう ^{ほう} 胱 ^{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。