


様式第9号(第57条関係)(1)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(ベンジジン等)                                     |   |
|--|---|
| 健康管理手帳番号<br>号  | ぼうこう<br>膀胱鏡検査<br><br>なし<br>充血、貧血、腫脹、出血、 <small>はんこん</small> 癒痕、潰瘍、ポリープ、腫瘍<br>所見<br>〔<br>〕 |
| 氏名及び住所<br>生年月日 年 月 日生(満 才)男・女                                  |   |
| 健康診断の結果<br>異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>療養要、不要<br>〔<br>〕  | じんう<br>腎盂撮影検査<br><br>異常陰影<br>なし<br>あり<br>所見<br>〔<br>〕                                     |
| 既往歴<br>なし <small>ひん</small><br>血尿、頻尿、排尿痛、排尿困難<br>その他( )        |   |
| 自覚症状及び他覚症状<br>なし <small>ひん</small><br>血尿、頻尿、排尿痛、排尿困難<br>その他( ) |   |
| 尿沈渣検査<br>細胞なし<br>赤血球、白血球、上皮細胞                                  | 年 月 日<br><br>医療機関名<br>所在地<br>医師名<br><br>労働局長 殿  |
| 細胞診(パパニコラ法)<br>陰性、疑陽性、陽性                                       |   |

備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。




様式第9号(第57条関係)(3)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(クロム酸等) |   |  |
|---------------------------|---|--|
| 健康管理手帳番号                  | 号   | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見                            |
| 氏名及び住所                    | 生年月日 年 月 日生(満才)男・女  | かくたん<br>喀痰の細胞診                                 |
| 健康診断の結果                   | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>療養要、不要<br>〔 〕                                      |  |
| 既往歴                       | なし<br>たん、せき、胸痛、鼻腔(くう)、皮膚( )、<br>その他( )  | 気管支鏡検査   |
| 自覚症状及び他覚症状                | なし<br>たん、せき、胸痛、その他( )   | 皮膚の病理学的検査                                      |
| 鼻腔の所見                     | くう<br>なし<br>鼻粘膜の異常、鼻中隔穿孔(せん)  | 年 月 日<br><br>医療機関名<br>所在地<br>医師名<br><br>労働局長 殿 |
| 皮膚の所見                     |   |  |
| 胸部のエックス線直接撮影による検査         |  |  |

備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。


様式第9号(第57条関係)(4)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(砒素) |   |                               |
|------------------------|---|-------------------------------|
| 健康管理手帳番号               | 号   | 肝機能検査                         |
| 氏名及び住所                 | 生年月日 年 月 日生(満 才)男・女   | 赤血球系の血液検査                     |
| 健康診断の結果                | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>療養要、不要<br>( )                                      | 砒素化合物量の測定結果                   |
| 既往歴                    | なし<br>たん、せき、口内炎、下痢、便秘、体重減少、<br>知覚異常、皮膚( )、その他( )                                    | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見           |
| 自覚症状及び他覚症状             | なし<br>たん、せき、食欲不振、体重減少、知覚異常、<br>その他( )   | かくたん<br>喀痰の細胞診                |
| くう<br>鼻腔の所見            |   | 気管支鏡検査                        |
| 皮膚の所見                  | なし<br>色素異常(沈着、脱色)、角化、その他( )   | 皮膚の病理学的検査                     |
| 胸部のエックス線直接撮影による検査      |  | 年 月 日                         |
|                        |   | 医療機関名<br>所在地<br>医師名<br>労働局長 殿 |




備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第9号(第57条関係)(5)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(コールタール) |   |   |
|----------------------------|---|---|
| 健康管理手帳番号                   | 号   | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見                         |
| 氏名及び住所<br>生年月日             | 年 月 日生(満才)男・女   |   |
| 健康診断の結果                    | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診、不要<br>療養、不要<br>〔 〕  | かくたん<br>喀痰の細胞診                              |
| 既往歴                        | なし<br>たん、せき、胸痛、食欲不振、皮膚( )、<br>その他( )  | 気管支鏡検査                                      |
| 自覚症状及び他覚症状                 | なし<br>たん、せき、胸痛、その他( )   | 皮膚の病理学的検査                                   |
| 皮膚の所見                      | なし<br>皮膚炎、にきび様変化、黒皮症、いぼ、ガス斑 <sup>はん</sup> 、<br>その他( )                               | 年 月 日                                       |
| 胸部のエックス線直接撮影による検査          |  | 医療機関名<br>所在地<br>医師名                         |
|                            |   | 労働局長 殿 <span style="float: right;">Ⓜ</span> |

備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。


様式第9号(第57条関係)(6)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(ビス(クロロメチル)エーテル)   |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 健康管理手帳番号<br>号  | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見               |
| 氏名及び住所<br>生年月日 年 月 日生(満 才)男・女  |                                   |
| 健康診断の結果<br>異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>療養要、不要<br><br>( )   | かくたん<br>喀痰の細胞診                    |
| 既往歴<br>なし<br>せき、たん、胸痛、体重減少<br>その他( )   | 気管支鏡検査                            |
| 自覚症状及び他覚症状<br>なし<br>せき、たん、胸痛、体重減少<br>その他( )  | 年 月 日                             |
| 胸部のエックス線直接撮影による検査<br><br> | 医療機関名<br>所在地<br>医師名<br><br>労働局長 殿 |



備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。


様式第9号(第57条関係)(7)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(ベリリウム)  |  |
|--|--|
| 健康管理手帳番号<br>号  | 胸部理学的検査                                |
| 氏名及び住所<br>生年月日 年 月 日生(満 才)男・女  | 肺換気機能検査                                |
| 健康診断の結果 再 検 要、不要<br>追加健診 要、不要<br>療 養 要、不要<br>〔 〕   | 肺拡散機能検査                                |
| 既往歴 なし<br>呼吸器症状、アレルギー症状<br>その他( )  | 心電図検査                                  |
| 自覚症状及び他覚症状 なし<br>乾性せき、咽頭痛、のどのいらいら、胸痛、胸部不安感、<br>息切れ、動悸、息苦しさ、倦怠感、食欲不振、<br>体重減少、その他( )                      | 尿中又は血液中のベリリウムの量の測定                     |
| 皮膚の所見  | 皮膚貼布試験 <sup>てん</sup>                   |
| 肺活量  | ヘマトクリット値の測定                            |
| 胸部のエックス線直接撮影による検査<br> | 年 月 日<br>医療機関名<br>所在地<br>医師名<br>労働局長 殿 |



備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。


様式第9号(第57条関係)(8)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(ベンゾトリクロリド) |   |                     |
|-------------------------------|---|---------------------|
| 健康管理手帳番号                      | 号   | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見 |
| 氏名及び住所                        | 生年月日 年 月 日生(満 才)男・女   | かくたん<br>喀痰の細胞診      |
| 健康診断の結果                       | 異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>療養要、不要<br>〔 〕                                      | 気管支鏡検査              |
| 既往歴                           | なし<br>せき、たん、胸痛、鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、副鼻腔炎、<br>鼻ポリープ、皮膚( )、その他( )                              | 頭部のエックス線撮影等による検査    |
| 自覚症状及び他覚症状                    | なし<br>せき、たん、胸痛、鼻汁、鼻出血、嗅覚脱失、副鼻腔炎、<br>鼻ポリープ、頸部等のリンパ腺の肥大、その他( )                        | 血液検査(血液像を含む。)       |
| 皮膚の所見                         | なし<br>ゆうぜい、色素沈着、その他( )  | リンパ腺の病理組織学的検査       |
| 胸部のエックス線直接撮影による検査             |  | 皮膚の病理組織学的検査         |
|                               |   | 年 月 日               |
|                               |   | 医療機関名<br>所在地<br>医師名 |
|                               |   | 労働局長 殿              |
|                               |   | Ⓜ                   |

備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。




様式第9号(第57条関係)(9)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(塩化ビニル)  |                     |                               |
|--|---------------------|-------------------------------|
| 健康管理手帳番号   | 号                   | 血小板数                          |
| 氏名及び住所   | 生年月日 年 月 日生(満 才)男・女 | γ-GTP                         |
| 健康診断の結果<br>異常あり、なし<br>再検査要、不要<br>追加健診要、不要<br>療養要、不要<br>〔 〕   |                     | ZTT                           |
|  |                     | ICG                           |
|  |                     | LDH                           |
| 既往歴 なし<br>全身倦怠感、易疲労感、食欲不振、不定の上腹部症状、<br>黄疸、黒色便、手指の蒼白、肝疾患、疼痛、その他( )  |                     | 血清脂質                          |
| 自覚症状及び他覚症状 なし<br>頭痛、めまい、耳鳴り、全身倦怠感、易疲労感、不定の上<br>腹部症状、黄疸、黒色便、手指の疼痛、その他( )                                  |                     | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見           |
| 肝又は脾の腫大  |                     | 肝又は脾のシンチグラムによる検査              |
| 肝機能検査  |                     | 中枢神経系の神経医学的検査                 |
| 胸部のエックス線直接撮影による検査<br> |                     | 年 月 日                         |
|  |                     | 医療機関名<br>所在地<br>医師名<br>労働局長 殿 |

備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第9号(第57条関係)(10)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(石綿)   |  |
|--|--|
| 健康管理手帳番号<br>号  | 特殊な撮影法によるエックス線写真の所見                            |
| 氏名及び住所<br>生年月日 年 月 日生(満 才)男・女  | <small>かくたん</small><br>喀痰の細胞診                  |
| 健康診断の結果<br>異常あり、なし<br>再検査、不要<br>追加健診要、不要<br>療養要、不要<br>〔 〕  |  |
| 喫煙歴 なし、やめた、吸っている   | 気管支鏡検査   |
| 既往歴<br>なし<br>せき、たん、息切れ、胸痛、その他( )   | 年 月 日<br><br>医療機関名<br>所在地<br>医師名<br><br>労働局長 殿 |
| 自覚症状及び他覚症状<br>なし<br>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<br><br> | ①  |

備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第9号(第57条関係)(11)

| 健康管理手帳による健康診断実施報告書(1・2—ジクロロプロパン) |         |                           |          |           |  |
|----------------------------------|---------|---------------------------|----------|-----------|--|
| 健康管理手帳番号                         | 号       | GPT                       |          |           |  |
| 氏名及び住所                           | 生年月日    | 年                         | 月        | 日生(満才)男・女 | γ—GTP                                  |
| 健康診断の結果                          | 異常あり、なし | 再検要、不要                    | 追加健診要、不要 | 療養要、不要    | AL—P                                   |
|                                  | 〔 〕     |                           |          |           | 腹部の超音波による検査等の画像検査                      |
| 既往歴                              | なし      | 悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他( ) |          |           | CA19—9等の血液中の腫瘍 <sup>しゅよう</sup> マーカーの検査 |
| 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( ) |          |           | 年 月 日                                  |
| 血清総ビリルビン                         |         |                           |          |           | 医療機関名                                  |
| GOT                              |         |                           |          |           | 所在地                                    |
|                                  |         |                           |          |           | 医師名                                    |
|                                  |         |                           |          |           | 労働局長 殿                                 |

備考 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。