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

(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		
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、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。))

健康診断	年月日 項目	年　月　日	年　月　日
	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　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 項目	年　月　日	年　月　日
	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		
	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(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

（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3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	従事した粉じんに係る業務
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		

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(ぜん)息	歳	＿＿＿＿	歳
肺気腫(しゅ)	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(きこう)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。））

項目＼年月日		年　月　日	年　月　日
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(きこう)、その他(　　)	呼吸困難(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ)、せき、たん、心悸亢進(きこう)、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CT			
喀痰(かくたん)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（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

（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4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		

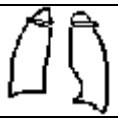
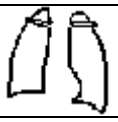
離職前のクロム酸等に係る疾病の既往歴及び治療歴

	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			
胸部エツクス線検査	直接　　間接 年　月　日 		

健康診断	年月日 項　目	年　月　日	年　月　日
	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 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		
	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(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

(砒(ひ)素)

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

(2頁及び3頁)

職　歴(労働安全衛生法施行令第23条第5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

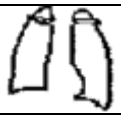
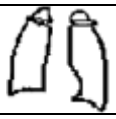
	既 往 歴 及 び 治 療 歴
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

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		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。))

	項目＼年月日	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(　　)
	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(くう)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　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
	肝機能検査		
	赤血球系の血液検査		
	砒(ひ)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		
	喀痰(かくたん)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(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

（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6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（かいよう）、ガス斑（はん）、その他（　）
胸部エツクス線検査	 直接　間接 年　月　日
特殊な撮影法によるエツクス線写真の所見	
喀痰（かくたん）の細胞診	
気管支鏡検査	
その他の検査等	

健康診断	年月日 項　目	年　月　日	年　月　日
	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、その他（　　）	なし、皮膚炎、にきび様変化、黒皮症、いぼ、ガス斑、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 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		
	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（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

(2頁及び3頁)

職　　歴〔労働安全衛生法施行令第23条第7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(　　)
胸部エツクス線検査	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。））

健康診断	年月日 項　目	年　月　日	年　月　日
	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　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 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		
	喀痰（かくたん）の細胞診		
	気管支鏡検査		
	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（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

(2頁及び3頁)

職　　歴〔労働安全衛生法施行令第23条第8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（　　）	呼吸器系検査	
皮膚の所見			
肺　活　量		その他の検査等	
胸部エツクス線検査	直　接　　間　接 年　月　日 		

健康診断	年月日 項　目	年　月　日	年　月　日
	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　要、不要 追加健診　要、不要 ( )	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 項目	年　月　日	年　月　日
	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　要、不要 療養　要、不要 ( )	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（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

(2頁及び3頁)

職　　歴（労働安全衛生法施行令第23条第9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(きゅう)脱失、副鼻腔(くう)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(　　)
胸部エツクス線検査	直　接　　間　接 
特殊な撮影法によるエツクス線写真の所見	
喀痰(かくたん)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。))

健康診断	年月日 項　目	年　月　日	年　月　日
	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(　)
	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(　)
	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(　)
	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 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		
	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（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

（2頁及び3頁）

職　　歴（労働安全衛生法施行令第23条第10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

<table>
<tr><td rowspan="2">自覚症状及び他覚症状</td><td rowspan="2">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（　）</td><td>ＩＣＧ</td><td></td></tr>
<tr><td>ＬＤＨ</td><td></td></tr>
<tr><td>肝又は脾腫大</td><td></td><td rowspan="2">血清脂質</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>肝機能検査</td><td>血清ビリルビン
ＧＯＴ
ＧＰＴ
ＡＬ－Ｐ</td></tr>
<tr><td>胸部エックス線検査</td><td>直接　間接
年　月　日
</td><td rowspan="4">その他の検査等</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>血小板数</td><td></td></tr>
<tr><td>γ－ＧＴＰ</td><td></td></tr>
<tr><td>ＺＴＴ</td><td></td></tr>
</table>

	項目＼年月日	年　月　日	年　月　日
健康診断	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(　　)
	肝又は脾の腫大		
	肝機能検査	血清ビリルビン GOT GPT AL—P	血清ビリルビン GOT GPT AL—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　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
	血小板数		
	γ—GTP		
	ZTT		
	ICG		
	LDH		
	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　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（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

(2頁及び3頁)

職　歴〔労働安全衛生法施行令第23条第11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（かくたん）の細胞診	
気管支鏡検査	
交付要件	□1　石綿等を製造し、又は取り扱う業務に従事した者 □イ　胸部の所見 □ロ　石綿作業従事歴(　)年(　)月 従事した主な作業(　) □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。））

健康診断	年月日 項　目	年　月　日	年　月　日
	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　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 項　目	年　月　日	年　月　日
	特殊なエックス線撮影による検査		
	喀痰（かくたん）の細胞診		
	気管支鏡検査		
	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(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

労働局長印

(2頁及び3頁)

職　歴〔労働安全衛生法施行令第23条第13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	
GOT	
GPT	
γ―GTP	
AL―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	

健康診断	年月日 項目	年　月　日	年　月　日
	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(　　)
	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(　　)
	血清総ビリルビン		
	GOT		
	GPT		
	γ―GTP		
	AL―P		
	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 項目	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　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（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)(12)

(表紙)

番号　　号

健 康 管 理 手 帳

(オルト―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

(2頁及び3頁)

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。））

健康診断	年月日 項目	年　月　日	年　月　日
	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　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 項目	年　月　日	年　月　日
	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		
	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（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。