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	
	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　印						
	備考						
第二次健康診断	健診年月日		年月日	年月日	年月日	年月日	
	作業条件						
	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　印						
	備考						
医師の意見							
意見を述べた医師の氏名　印							