

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。〕

[illegible]

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 ^{くう} 症 状、皮膚炎、悪心、嘔吐 ^{おう} 、黄疸 ^{だん} 、体重減少、上腹部 痛、その他()
血 清 総 ビ リ ル ビ ン	
A S T	
A L T	
γ — G T	
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 ^{しゅよう} 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。))

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		
	A S T		
	A L T		
	γ — G T		
	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 ()
	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		

(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ったり、貸したりしてはいけません。