

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 

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。〕

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 A S T A L T A L — P		
胸部エックス 線検査	直接間接 年 月 日 		
血小板数			
γ — G T			
Z T T			

(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、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 A S T A L T A L — P	血清ビリルビン A S T A L 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
		血小板数		
γ — G T				
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。