

別紙第4の3 特別健康管理手帳交付申請書の様式及び記入要領

1 様式

(その1) 特別健康管理手帳（ベンジジン等）の交付申請書

整理番号	第	号
------	---	---

特別健康管理手帳
(ベンジジン等)
交付申請書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10—4（職員の保健及び安全保持）第26条の2第1項の規定に

より、下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名			性 別	男 ・ 女

生 年 月 日	年	月	日	
住 所	都道	区	町	
	府県	市 郡	村	

申請前の尿路系疾病の既往歴及び治療歴

年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申請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	

特別健康管理手帳
(粉じん)

交 付 申 請 書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10—4 (職員の保健及び安全保持) 第26条の2第1項の規定に

より、下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名			性	男
			別	・女
生 年 月 日	年	月	日	
住 所	都道	区	町	
	府県	市 郡	村	

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
気管支喘息 <small>ぜん</small>	歳	_____	歳
肺気腫	歳	_____	歳

申請前直近のじん肺健康診断の結果

年 月 日

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 <small>きこう</small> 心悸亢進 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1次検査	1秒率 (%) %肺活量 (%) ・ V25/身長(m) (l/sec/m)
	第2次検査	肺泡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		

特別健康管理手帳
(ビス (クロロメチル) エーテル)

交 付 申 請 書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10-4 (職員の保健及び安全保持) 第26条の2第1項の規定に

より、下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。


(ふりがな) 氏 名	-----			性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日		
住 所	都道	区	町		
	府県	市 郡	村		

申請前のビス（クロロメチル）エーテルに係る疾病の既往歴及び治療歴

年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申請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（ ）
胸部エックス 線 検 査	直接 間接 年 月 日 
その他の 検 査 等	

特別健康管理手帳
(ベリリウム)

交 付 申 請 書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則 10—4 (職員の保健及び安全保持) 第 26 条の 2 第 1 項の規定に

より、下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。


(ふりがな) 氏 名			性	男
			別	・女
生 年 月 日	年	月	日	
住 所	都道	区	町	
	府県	市郡	村	

申請前のベリリウムに係る疾病の既往歴及び治療歴

年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申請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 ^き 、 息苦しさ ^{けん} 、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			
胸部エックス 線検査	直接 間接 年 月 日 	その他の 検査等	

特別健康管理手帳
(石綿)

交付申請書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10-4(職員の保健及び安全保持)第26条の2第1項の規定に

より、下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名			性	男
			別	・女
生 年 月 日	年	月	日	
住 所	都道	区	町	
	府県	市 郡	村	

職 歴

(人事院規則10-4別表第4の2第6号の業務に係るものに限る。)


従 事 期 間	勤 務 官 署 名	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		
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		

申請前の石綿に係る疾病の既往歴及び治療歴

年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申請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、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
胸部のCT による検査	
かくたん 喀痰の細胞診	
気管支鏡検査	

特別健康管理手帳
(1・2-ジクロロプロパン)
交付申請書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10-4 (職員の保健及び安全保持) 第26条の2第1項の規定に

より、下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日
住 所	都道	区	町
	府県	市 郡	村

申請前の1・2—ジクロロプロパンに係る疾病の既往歴及び治療歴

年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申請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、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	
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	

特別健康管理手帳
(オルトートルイジン)
交 付 申 請 書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10—4 (職員の保健及び安全保持) 第26条の2第1項の規定により、

下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名				性 別	男 ・ 女

生 年 月 日	年	月	日		
住 所	都道 府県	区 市 郡	町 村		

申請前のオルトートルイジンに係る疾病の既往歴及び治療歴

年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申請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	
尿中のオルトー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	

(その8) 特別健康管理手帳 (3・3' -ジクロロ-4・4' -ジアミノジフェニルメタン)
の交付申請書

整理番号	第	号
------	---	---

特別健康管理手帳
(3・3' -ジクロロ-4・4' -ジアミノジフェニルメタン)
交付申請書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10-4 (職員の保健及び安全保持) 第26条の2第1項の規定により、

下記の者についての特別健康管理手帳の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名			性	男
			別	・女
生 年 月 日	年 月 日			
住 所	都道	区	町	
	府県	市	村	
		郡		

職 歴

人事院規則10-4別表第4の2第10号の業務に係るものに限る。


従 事 期 間	勤 務 官 署 名	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		
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		

申請前の3・3' -ジクロロ-4・4' -ジアミノジフェニルメタンに係る
疾病の既往歴及び治療歴

年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申請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、上腹部の異常感、 ^{けん} 倦怠感、せき、たん、胸痛、血尿、頻尿、排尿痛、その他（ ）	^{ぼうこう} 膀胱鏡検査	
尿中の潜血検査		腹部の超音波による検査、尿路造影検査等の画像検査	
尿中の3・3' -ジクロロ-4・4' -ジアミノジフェニルメタンの量の測定		胸部エックス線検査	直接 間接 年 月 日
尿沈渣 ^ま 検鏡の検査			
尿沈渣のパパニコラ法による細胞診の検査		特殊なエックス線撮影による検査	
肝機能検査		^{かくたん} 喀痰の細胞診	
腎機能検査		気管支鏡検査	

2 記 入 要 領

- (1) 「職歴」の欄には、特別健康管理手帳交付対象業務に従事した経歴について記入すること。民間企業等における同種業務歴のある場合についても記入し、「勤務官署名」の項には勤務した事業所等の名称を記入すること。
- (2) 「既往歴及び治療歴」の欄には、交付申請時までに罹患した^り主な疾病について記入すること。

以 上