

別紙第4の2 特別健康管理手帳の様式
(その1)

(表紙)

特別健康管理手帳
「健康の記録」
(ベンジジン等)

番 号 _____ 号

氏名 _____

人 事 院

A6 (105×148)

種 類	ベンジジン等（人事院規則10-4（職員の保健及び安全保持）別表第4の2第1号、第2号及び第7号に規定する業務）
-----	---

(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

人事院規則10—4第26条の2の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日

人事院事務総長

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、 ^{こん} 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 ^さ 検査鏡の検査	
尿沈渣のパパニコラ法による細胞診の検査	
^{ぼうこう} 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	

(4頁以降の頁(最後の頁を除く。))

健 康 診 断	年月日	年 月 日	年 月 日
	項目		
	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		
	尿沈渣検鏡の検査		
	尿沈渣のパパニコラ法による細胞診の検査		
判定	異常なし、 要再検()、 要追加健診()	異常なし、 要再検()、 要追加健診()	
医療機関名及び医師名			
追 加 健 康 診 断	年月日	年 月 日	年 月 日
	項目		
	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		
	判定	異常なし、 要再検項目 ()、 要療養	異常なし、 要再検項目 ()、 要療養
医療機関名及び医師名			

注 意 事 項

ベンジジン等に係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。

(その2)

(表紙)

特別健康管理手帳

「健康の記録」

(粉じん)

番 号 _____ 号

氏名 _____

人 事 院

A6 (105×148)

種 類	粉じん（人事院規則10-4（職員の保健及び安全保持）別表第4の2第3号に規定する業務）
-----	---

(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

人事院規則10-4第26条の2の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日

人事院事務総長

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	歳
胸 膜 炎	歳		
気 管 支 炎	歳	その他の胸部疾患	歳
気 管 支 拡 張 症	歳		
気 管 支 喘 息 ^{ぜん}	歳		
肺 気 腫	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 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 ()
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	肺胞気動脈血酸素分圧較差 (TORR)
	判 定	F (- + 卍)
かかっている合併症の名称		

(4 頁以降の頁 (最後の頁を除く。))

項目		年月日	年 月 日	年 月 日
		年月日	年 月 日	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)	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 その他 ()	呼吸困難 (I II III IV V) せき たん 心悸亢進 その他 ()	呼吸困難 (I II III IV V) せき たん 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 ()	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 (%) % 肺 活 量 (%) V25 / 身長 (m) (l / sec / m)	1 秒 率 (%) % 肺 活 量 (%) V25 / 身長 (m) (l / sec / m)	1 秒 率 (%) % 肺 活 量 (%) V25 / 身長 (m) (l / sec / m)
	第二次検査	肺胞気道脈血 (TORR) 酸素分圧較差	肺胞気道脈血 (TORR) 酸素分圧較差	肺胞気道脈血 (TORR) 酸素分圧較差
	判定	F (- + #)	F (- + #)	F (- + #)
らせん C T				
かく たん 喀 痰 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				

注 意 事 項

粉じんに係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。

(その3)

(表紙)

特別健康管理手帳

「健康の記録」

(ビス (クロロメチル) エーテル)

番 号 _____ 号

氏名 _____

人 事 院

A6 (105× 148)

種 類	ビス（クロロメチル）エーテル（人事院規則10-4（職員の保健及び安全保持）別表第4の2第4号に規定する業務）
-----	--

氏 名 (ふりがな)		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日
住 所	都 道	区	町
	府 県	市 郡	村

人事院規則10—4第26条の2の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日


人事院事務総長

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	

(4 頁以降の頁 (最後の頁を除く。))

健 康 診 断	年月日	年 月 日	年 月 日
	項目		
	既往症	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	異常なし、 要再検 ()、 要追加健診 ()	異常なし、 要再検 ()、 要追加健診 ()
	医療機関名及び医師名		
追 加 健 康 診 断	年月日	年 月 日	年 月 日
	項目		
	特殊な撮影法による エックス線写真の所見		
	かくたん 喀痰の細胞診		
	気管支鏡検査		
	判定	異常なし、 要再検項目 ()、 要療養	異常なし、 要再検項目 ()、 要療養
	医療機関名及び医師名		

注 意 事 項

ビス(クロロメチル)エーテルに係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。

(その4)

(表紙)

特別健康管理手帳
「健康の記録」
(ベリリウム)

番 号 号

氏名

人 事 院

A6 (105× 148)

種 類	ベリリウム（人事院規則10-4（職員の保健及び安全保持）別表第4の2第5号に規定する業務）		
(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

人事院規則10—4 第26条の2の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日


人事院事務総長

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、倦怠感 ^{けん} 、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 年月日 間接 年月日 	その他の 検査等	

(4頁以降の頁(最後の頁を除く。))

		年月日		
項目		年	月	日
健康 診 断	既往歴	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()		
	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	異常なし、要再検()、要追加健診()		
	医療機関名及び医師名			
		年月日		
項目		年	月	日
追加 健康 診 断	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	異常なし、要再検項目()、要療養		
	医療機関名及び医師名			

注 意 事 項

ベリリウムに係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。

(その5)

(表紙)

特別健康管理手帳
「健康の記録」

(石綿)

番 号 _____ 号

氏名 _____

人 事 院

A6 (105× 148)

種 類	石綿（人事院規則10-4（職員の保健及び安全保持）別表 第4の2第6号に規定する業務）		
(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

人事院規則10—4 第26条の2の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日


人事院事務総長

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	

(4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、せき、たん、息切れ、胸痛、その他()
健康診断	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()
健康診断	胸部のスクリーン撮影による検査		
健康診断	判定	異常なし、 要再検査()、 要追加健診()	異常なし、 要再検査()、 要追加健診()
健康診断	医療機関名及び医師名		
項目	年月日	年 月 日	年 月 日
	追加健康診断	胸部のCTによる検査	
追加健康診断	喀痰の診		
追加健康診断	気管支鏡検査		
追加健康診断	判定	異常なし、 要再検査項目()、 要療養	異常なし、 要再検査項目()、 要療養
追加健康診断	医療機関名及び医師名		

注 意 事 項

石綿に係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。

(その6)

(表紙)

特別健康管理手帳
「健康の記録」

(1・2-ジクロロプロパン)

番 号 _____ 号

氏名 _____

人 事 院

A6 (105×148)

種 類	1・2-ジクロロプロパン（人事院規則10-4（職員の保健及び安全保持）別表第4の2第8号に規定する業務）
-----	--

氏 名 (ふりがな)				性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日		
住 所	都 道	区	町		
	府 県	市 郡	村		

人事院規則10—4第26条の2の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日

人事院事務総長

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	

(4 頁以降の頁 (最後の頁を除く。))

		年月日			年 月 日			年 月 日		
		項目								
健 康 診 断	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	異常なし、 要再検()、 要追加健診()			異常なし、 要再検()、 要追加健診()					
	医療機関名及び医師名									
			年月日			年 月 日			年 月 日	
項目										
追 加 健 康 診 断	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	異常なし、 要再検項目()、 要療養			異常なし、 要再検項目()、 要療養					
	医療機関名及び医師名									

注 意 事 項

1・2-ジクロロプロパンに係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。

(その7)

(表紙)

特別健康管理手帳
「健康の記録」

(オルトートルイジン)

番 号 _____ 号

氏名 _____

人 事 院

種 類	オルトートルイジン（人事院規則10-4（職員の保健及び安全保持）別表第4の2第9号に規定する業務）
-----	---

氏 名 (ふりがな)				性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日		
住 所	都 道	区	町		
	府 県	市 郡	村		

人事院規則10—4 第26条の2 の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日

人事院事務総長

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 ^{けん} 、顔面蒼 ^{そう} 白、チアノーゼ、心悸亢進 ^{きこう} 、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 ^さ 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 ^{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	
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	

(4頁以降の頁(最後の頁を除く。))

	年月日			
	年	月	日	
健康 診 断	項目	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			
	尿沈渣検鏡の検査			
	尿沈渣のパパニコラ法による細胞診の検査			
	判定	異常なし、 要再検()、 要追加健診()		異常なし、 要再検()、 要追加健診()
	医療機関名及び医師名			
追加 健康 診 断	年月日			
	項目	年	月	日
	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			
	判定	異常なし、 要再検項目()、 要療養		異常なし、 要再検項目()、 要療養
医療機関名及び医師名				

注 意 事 項

オルトートルイジンに係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。

(その8)

(表紙)

特別健康管理手帳

「健康の記録」

(3・3' —ジクロロ—4・4' —ジアミノジフェニルメタン)

番 号 _____ 号

氏名 _____

人 事 院

種 類	3・3'—ジクロロ—4・4'—ジアミノジフェニルメタン (人事院規則10-4 (職員の保健及び安全保持) 別表第4の2第10号に規定する業務)
-----	---

(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	

人事院規則10—4第26条の2の特別健康管理手帳を交付します。

年 月 日


人事院事務総長

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、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 
尿沈渣検査鏡の検査			
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	

(4頁以降の頁(最後の頁を除く。))

		年月日		
項目		年	月	日
健康 診 断	既往歴	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()		
	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			
	判定	異常なし、 要再検()、 要追加健診()		
	医療機関名及び医師名			
		年月日		
項目		年	月	日
追加 健康 診 断	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			
	判定	異常なし、 要再検項目()、 要療養		
	医療機関名及び医師名			

注 意 事 項

3・3'—ジクロロ—4・4'—ジアミノジフェニルメタンに係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。