



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、 <sup>こん</sup> 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 <sup>さ</sup> 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	
<sup>ぼうこう</sup> 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 <small>ぜん</small>	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 <small>きこう</small> 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。



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

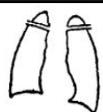
年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

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 <sup>き</sup> 、 息苦しさ、倦怠感 <sup>けん</sup> 、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		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( )		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( )		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		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

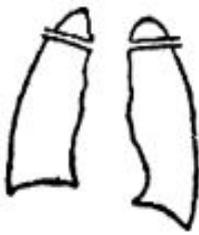
年月	既往歴及び治療歴
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

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		
追加健康診断	項目	年 月 日	年 月 日
	胸部のCTによる検査		
	喀痰の診		
	気管支鏡検査		
	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 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		
項目		年	月	日
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( )		
	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( )		
	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( )		
	医療機関名及び医師名			
			年月日	
項目		年	月	日
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		
	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、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	

(4頁以降の頁(最後の頁を除く。))

	年月日		
	項目	年 月 日	年 月 日
健康 診 断	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		
	年月日		
	項目	年 月 日	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	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	男
			別	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。