

令和2年12月15日

各府省事務次官 殿

各外局の長 殿

人 事 院 事 務 総 長

「人事院規則10—4（職員の保健及び安全保持）の運用について」の一部改正について（通知）

「人事院規則10—4（職員の保健及び安全保持）の運用について（昭和62年12月25日職福一691）」の一部を下記のとおり改正したので、令和3年1月1日以降は、これによってください。

記

次の表により、改正前欄に掲げる規定の傍線を付し又は破線で囲んだ部分でこれに対応する改正後欄に掲げる規定の傍線を付し又は破線で囲んだ部分があるものは、これを当該傍線を付し又は破線で囲んだ部分のように改め、改正前欄に掲げる規定の傍線を付した部分でこれに対応する改正後欄に掲げる規定の傍線を付した部分がないものは、これを削る。

改 正 後	改 正 前
第25条関係 1 健康管理の記録に記載すべき 具体的事項は、次のとおりとする。 (1)～(11) (略)	第25条関係 1 健康管理の記録に記載すべき 具体的事項は、次のとおりとする。 (1)～(11) (略)

(12) 健康診断を行った医師（(9)に掲げる検査にあつては、医師等）の所属及び氏名

(13)～(15) （略）

(16) 面接指導を行った医師の所属及び氏名

(17) （略）

(18) 健康管理医の所属及び氏名

(19)・(20) （略）

2 （略）

(12) 健康診断を行った医師（(9)に掲げる検査にあつては、医師等）の所属及び氏名・印

(13)～(15) （略）

(16) 面接指導を行った医師の所属及び氏名・印

(17) （略）

(18) 健康管理医の所属及び氏名・印

(19)・(20) （略）

2 （略）

別紙第1 第一種有害物質の製造・使用承認申請書の様式及び記入要領
1 様式

整理番号 第 号

第一種有害物質 製造承認申請書
使用

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10—4第16条の2第1項の規定により、下記物質の製造使用について
の承認を申請します。

物質の名称			
目的			
製造し、又は使用する機関	名称	所在地	
製造又は使用の期間		製造	年 月～ 年 月
		使用	年 月～ 年 月
物質の数量		製造	使用
製造又は使用の概要			
従事職員	職員数	製造	名 使用
	健康障害の予防に関する知識		
製造設備	建築物の概要	構造 床面積 m ²	
	製造設備の概要	<input type="checkbox"/> 密閉式の構造 <input type="checkbox"/> ドラフトチェンバー内部 別添図面のとおり 立入禁止の表示箇所	
使用設備の概要			
保管	容器の概要	材質	容量
		成分表示箇所	
保管場所			
具	不浸透性の保護前掛の種類別個数	材質	個数
	不浸透性の保護手袋の種類別個数	材質	個数
	その他の保護具の種類別個数		
参考事項			

(削る)

別紙第1 第一種有害物質の製造・使用承認申請書の様式及び記入要領
1 様式

整理番号 第 号

第一種有害物質 製造承認申請書
使用

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

印

人事院規則10—4第16条の2第1項の規定により、下記物質の製造使用について
の承認を申請します。

物質の名称			
目的			
製造し、又は使用する機関	名称	所在地	
製造又は使用の期間		製造	年 月～ 年 月
		使用	年 月～ 年 月
物質の数量		製造	使用
製造又は使用の概要			
従事職員	職員数	製造	名 使用
	健康障害の予防に関する知識		
製造設備	建築物の概要	構造 床面積 m ²	
	製造設備の概要	<input type="checkbox"/> 密閉式の構造 <input type="checkbox"/> ドラフトチェンバー内部 別添図面のとおり 立入禁止の表示箇所	
使用設備の概要			
保管	容器の概要	材質	容量
		成分表示箇所	
保管場所			
具	不浸透性の保護前掛の種類別個数	材質	個数
	不浸透性の保護手袋の種類別個数	材質	個数
	その他の保護具の種類別個数		
参考事項			

別紙第2 第二種有害物質の製造承認申請書の様式及び記入要領

1 様式

整理番号 第 号

第二種有害物質製造承認申請書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

人事院規則10—4第16条の2第2項の規定により、下記物質の製造についての承認を申請します。

物質の名称			
目的			
製造機関	名称		
	所在地		
製造期間			
製造量			
製造の概要			
従事職員	職員数	名	
	健康障害の予防に関する知識		
製造設備	建物の概要	構造	
		床面積	m ²
	製造設備の概要	<input type="checkbox"/> 密閉式の構造 <input type="checkbox"/> ドラフトチェンバー内部 別添図面のとおり	
保護具	不浸透性の保護前掛の種類別個数	材質	個数
	不浸透性の保護手袋の種類別個数	材質	個数
	その他の保護具の種類別個数		
参考事項			

(削る)

2 (略)

別紙第2 第二種有害物質の製造承認申請書の様式及び記入要領

1 様式

整理番号 第 号

第二種有害物質製造承認申請書

年 月 日

人事院事務総長 殿

申請者の職名

印

人事院規則10—4第16条の2第2項の規定により、下記物質の製造についての承認を申請します。

物質の名称			
目的			
製造機関	名称		
	所在地		
製造期間			
製造量			
製造の概要			
従事職員	職員数	名	
	健康障害の予防に関する知識		
製造設備	建物の概要	構造	
		床面積	m ²
	製造設備の概要	<input type="checkbox"/> 密閉式の構造 <input type="checkbox"/> ドラフトチェンバー内部 別添図面のとおり	
保護具	不浸透性の保護前掛の種類別個数	材質	個数
	不浸透性の保護手袋の種類別個数	材質	個数
	その他の保護具の種類別個数		
参考事項			

A4 (210×297)

2 (略)

別紙第4 健康管理手帳交付（再交付）申請書の様式及び記入要領

1 様式

	整理番号	第	号
<p>健康管理手帳 再交付</p> <p style="margin-left: 100px;">交付申請書</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p> <p>人事院事務総長 殿</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 20px auto; text-align: center;">申請者の職名</div> <p style="margin-top: 40px;">人事院規則10—4第26条第1項の規定により、下記の者についての健康 管理手帳の 再交付を申請します。</p>			
(ふりがな)		性	男・女
氏名	(旧氏名)	別	再交付申請の場合
生年月日	年 月 日		手帳の番号 第 号
所属省庁名 ・官署名			再交付を受けようとする理由 減失・損傷
			手帳の交付年月日 年 月 日

別紙第4 健康管理手帳交付（再交付）申請書の様式及び記入要領

1 様式

	整理番号	第	号
<p>健康管理手帳 再交付</p> <p style="margin-left: 100px;">交付申請書</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p> <p>人事院事務総長 殿</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 20px auto; text-align: center;">申請者の職名</div> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;">印</p> <p style="margin-top: 40px;">人事院規則10—4第26条第1項の規定により、下記の者についての健康 管理手帳の 再交付を申請します。</p>			
(ふりがな)		性	男・女
氏名	(旧氏名)	別	再交付申請の場合
生年月日	年 月 日		手帳の番号 第 号
所属省庁名 ・官署名			再交付を受けようとする理由 減失・損傷
			手帳の交付年月日 年 月 日

勤務 歴	従事期間	勤務官署名	従事業務の内容	
	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			
既往歴 及び 治療歴	期間	病名及び治療の概要		
	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			
健康 診断 の 結 果	配置前の特別健康診断		手帳交付前直近の特別健康診断	
	実施年月日	年月日	実施年月日	年月日
	検査の項目	検査結果の数値等	検査の項目	検査結果の数値等
	医師の意見		医師の意見	
指導区分		指導区分		
事後措置		事後措置		

(削る)

勤務 歴	従事期間	勤務官署名	従事業務の内容	
	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			
既往歴 及び 治療歴	期間	病名及び治療の概要		
	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			
健康 診断 の 結 果	配置前の特別健康診断		手帳交付前直近の特別健康診断	
	実施年月日	年月日	実施年月日	年月日
	検査の項目	検査結果の数値等	検査の項目	検査結果の数値等
	医師の意見		医師の意見	
指導区分		指導区分		
事後措置		事後措置		

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												
<p>特別健康管理手帳 (ベンジジン等)</p> <p>交 付 申 請 書</p> <p style="margin-left: 200px;">年 月 日</p> <p>人事院事務総長 殿</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 20px; margin: 20px auto; text-align: center;">申請者の職名</div> <p>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</p> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">(ふりがな) 氏 名</td> <td style="width: 55%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">性 別</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">生 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住 所</td> <td style="text-align: center;">都道 府県</td> <td style="text-align: center;">区 市 郡</td> <td style="text-align: center;">町 村</td> </tr> </table>			(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
(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											

(削る)

(略)

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												
<p>特別健康管理手帳 (ベンジジン等)</p> <p>交 付 申 請 書</p> <p style="margin-left: 200px;">年 月 日</p> <p>人事院事務総長 殿</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 20px; margin: 20px auto; text-align: center;">申請者の職名</div> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 20px; margin: 20px auto; text-align: center;">印</div> <p>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</p> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">(ふりがな) 氏 名</td> <td style="width: 55%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">性 別</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">生 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住 所</td> <td style="text-align: center;">都道 府県</td> <td style="text-align: center;">区 市 郡</td> <td style="text-align: center;">町 村</td> </tr> </table>			(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
(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											

A4 (210×297)

(略)

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、血尿、 <u>頻尿</u> 、排尿痛、排尿困難
尿 沈 渣 検 鏡	異常細胞なし、赤血球、白血球、上皮細胞
細 胞 診 (パパニコラ法)	陰性、疑陽性、陽性
ぼうこう 膀胱鏡検査	なし、充血、貧血、 <u>腫脹</u> 、出血、 <u>癒痕</u> 、潰瘍、ポリープ、腫瘍
う 腎盂撮影検査	異常陰診あり、なし 影

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、血尿、 ^{ひん} <u>頻尿</u> 、排尿痛、排尿困難
尿 沈 渣 検 鏡	異常細胞なし、赤血球、白血球、上皮細胞
細 胞 診 (パパニコラ法)	陰性、疑陽性、陽性
ぼうこう 膀胱鏡検査	なし、充血、貧血、 <u>腫脹</u> 、出血、 <u>癒痕</u> 、潰瘍、ポリープ、腫瘍
じんう 腎盂撮影検査	異常陰診あり、なし 影

整理番号 第 号

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。

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		

(削る)

(略)

整理番号 第 号

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

印

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。

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		

A4 (210×297)

(略)

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 ^{ぜん}	歳		歳
肺気腫 ^{しゅ}	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 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) (1/sec/m)
	第2次検査	肺泡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		

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 ^{ぜん}	歳		歳
肺気腫 ^{しゅ}	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 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) (1/sec/m)
	第2次検査	肺泡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		

整理番号 第 号

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	男
			別	・女
生 年 月 日	年	月	日	
住 所	都道	区	町	
	府県	市 郡	村	

(削る)

(略)

整理番号 第 号

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 印

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	

A4 (210×297)

(略)

整理番号 第 号

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

(削る)

(略)

整理番号 第 号

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

印

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

A4 (210×297)

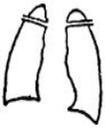
(略)

申請前のペ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、 <u>咽喉痛</u> 、 のどのいらいら、胸痛、 胸部不安感、息切れ、 ^き 動悸、 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 年月日 	その他の 検査等	

申請前のペ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、 <u>咽喉痛</u> 、 のどのいらいら、胸痛、 胸部不安感、息切れ、 ^き 動悸、 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 年月日 	その他の 検査等	

整理番号 第 号

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	村	
		郡		

(削る)

(略)

整理番号 第 号

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

印

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		

A4 (210×297)

(略)

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 府県	区 市 郡	町 村	

(削る)

(略)

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 印

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	

A4 (210×297)

(略)

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 ^く 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	
G O T	
G P T	
γ - G T P	
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	

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 ^く 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	
G O T	
G P T	
γ - G T P	
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 ^{しゅよう} の検査	
赤血球系の血液検査	
血清間接ビリルビン	

整理番号 第 号

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。

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	

(削る)

(略)

整理番号 第 号

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

印

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。

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	

A4 (210×297)

(略)

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 ^{けん} 、倦怠感 ^{そん} 、顔面蒼白 ^{そう} 、チアノーゼ ^{きこう} 、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 ^さ 検鏡の検査	
尿沈渣 ^さ 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	

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 ^{けん} 、倦怠感 ^{そん} 、顔面蒼白 ^{そう} 、チアノーゼ ^{きこう} 、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 ^さ 検鏡の検査	
尿沈渣 ^さ 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	

別紙第6 設備等の検査結果記録書の様式及び記入要領

- 1 様式
 (その1)ボイラー及び第一種圧力容器の検査結果記録書の様式
 検査結果記録書(設置・変更・性能)

機 関 名 所	種類・型式		MPa	伝熱面積	単位
設置年月日	年月日	年間使用日数	構造(使用)検査刻印番号		
検査の項目	結果	欠陥の種類	検査部分	変更部分	検査の種類
本体	良好	否	割れ	良	否
燃焼装置	良好	否	グルービン	良	否
自動制御装置	良好	否	漏れ	良	否
附属品	良好	否	変形	良	否
附属装置	良好	否	過熱	良	否
附属設備	良好	否	腐れ	良	否
ボイラー室の周囲	良好	否	検査の項目	結果	欠陥の種類
ボイラー、容器の配置	良好	否	安全弁	有	無
据付け・基礎の構造	良好	否	圧力計	有	無
	良好	否	水面測定装置	有	無
	良好	否	自動制御装置	有	無
	良好	否	れんが積み	有	無
	良好	否	その他	有	無
判定	合格	付	格不	合格	
	次回検査までの期間	短縮変更	コーキング、漏止等の修理	その他の措置	
検査年月日	年月日	検査者	所属氏名	安全管理者	職名
次回検査年月	年月	検査者	所属氏名	安全管理者	職名

(別紙第6)

別紙第6 設備等の検査結果記録書の様式及び記入要領

- 1 様式
 (その1)ボイラー及び第一種圧力容器の検査結果記録書の様式
 検査結果記録書(設置・変更・性能)

機 関 名 所	種類・型式		MPa	伝熱面積	単位
設置年月日	年月日	年間使用日数	構造(使用)検査刻印番号		
検査の項目	結果	欠陥の種類	検査部分	変更部分	検査の種類
本体	良好	否	割れ	良	否
燃焼装置	良好	否	グルービン	良	否
自動制御装置	良好	否	漏れ	良	否
附属品	良好	否	変形	良	否
附属装置	良好	否	過熱	良	否
附属設備	良好	否	腐れ	良	否
ボイラー室の周囲	良好	否	検査の項目	結果	欠陥の種類
ボイラー、容器の配置	良好	否	安全弁	有	無
据付け・基礎の構造	良好	否	圧力計	有	無
	良好	否	水面測定装置	有	無
	良好	否	自動制御装置	有	無
	良好	否	れんが積み	有	無
	良好	否	その他	有	無
判定	合格	付	格不	合格	
	次回検査までの期間	短縮変更	コーキング、漏止等の修理	その他の措置	
検査年月日	年月日	検査者	所属氏名	安全管理者	職名
次回検査年月	年月	検査者	所属氏名	安全管理者	職名

A4(210×297)

2 記入要領

(1) 様式(その1)、(その2)及び(その3)共通関係

ア～ウ (略)

エ 「判定」の欄には、当該検査の結果に応じて、該当する判定を○印で囲むこと。そのうち条件付合格の場合には、その内容等を「検査の結果とった措置」の欄に併せて記入(図示又は写真等の添付でも可)すること。

オ (略)

(2)・(3) (略)

2 記入要領

(1) 様式(その1)、(その2)及び(その3)共通関係

ア～ウ (略)

エ 「判定」の欄には、当該検査の結果に応じて、該当する判定を○印で囲むこと。そのうち条件付合格の場合には、その内容等を「検査の結果とった措置」の欄に併せて記入(図示又は写真等の添付でも可)すること。

オ (略)

(2)・(3) (略)

別紙第8 重大災害等報告書の様式及び記入要領

1 様式 重大災害等報告書

省庁名 機関名 所在地		重大災害等の あった機関名 所在地		職員数 人
-------------------	--	-------------------------	--	--------------

災害及び事故の種類						
発生日時		年 月 日 時 分				
発生場所						
設備等の種類 (名称及び型式)						
同一の原因によって 災害を受けた職員数	死亡	休業8日以上	休業1日以上8日未満	不休災害	計	
	人	人	人	人	人	
災害を受けた職員の氏名等						
氏名(記号)	性別	年齢	俸給表・級	職名(職務内容)	傷害の部位及び傷病名	死亡年月日
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
災害又は事故の発生状況及び原因					略図	
健康又は安全管理上の問題点及びその後講じた措置						

令和 年 月 日作成

記入者 所属・氏名
 安全管理者 職名・氏名
 (削る)

2 (略)

別紙第8 重大災害等報告書の様式及び記入要領

1 様式 重大災害等報告書

省庁名 機関名 所在地		重大災害等の あった機関名 所在地		職員数 人
-------------------	--	-------------------------	--	--------------

災害及び事故の種類						
発生日時		年 月 日 時 分				
発生場所						
設備等の種類 (名称及び型式)						
同一の原因によって 災害を受けた職員数	死亡	休業8日以上	休業1日以上8日未満	不休災害	計	
	人	人	人	人	人	
災害を受けた職員の氏名等						
氏名(記号)	性別	年齢	俸給表・級	職名(職務内容)	傷害の部位及び傷病名	死亡年月日
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
	男女	歳	級			
災害又は事故の発生状況及び原因					略図	
健康又は安全管理上の問題点及びその後講じた措置						

令和 年 月 日作成

記入者 所属・氏名
 安全管理者 職名・氏名
 (削る)
 A4 (210×297)

2 (略)

別紙第9 年次災害報告書の様式及び記入要領

1 様式

年次災害報告書

令和 年度分

省庁名 機関名 所在地	職員数	人
-------------------	-----	---

氏名(記号) 〔俸給表・級〕	性別	年齢 歳	災害発生の日時 年月日時	傷害の部位 及び傷病名	休業 日数 日	作業の概況、災害発生の 原因及びその後講じた措置

令和 年 月 日作成

記入者 所属・氏名 _____
 安全管理者 職名・氏名 _____

(削る)

2 (略)

別紙第9 年次災害報告書の様式及び記入要領

1 様式

年次災害報告書

令和 年度分

省庁名 機関名 所在地	職員数	人
-------------------	-----	---

氏名(記号) 〔俸給表・級〕	性別	年齢 歳	災害発生の日時 年月日時	傷害の部位 及び傷病名	休業 日数 日	作業の概況、災害発生の 原因及びその後講じた措置

令和 年 月 日作成

記入者 所属・氏名 _____
 安全管理者 職名・氏名 _____

A4 (210×297)

2 (略)

別紙第10 船員年次災害報告書の様式及び記入要領

1 様式

船員年次災害報告書

令和 年度分

省庁名 機関名 所在地		船員数	人
-------------------	--	-----	---

船舶名	航行区域	総トン数	最大搭載人員

氏名(記号) [俸給表・級]	性別	年齢 歳	災害発生の日時 年月日時	傷害の部位 及び傷病名	休業 日数 日	作業の概況、災害発生の 原因及びその後講じた措置

令和 年 月 日作成

記入者 所属・氏名
安全管理者 職名・氏名

(削る)

2 (略)

別紙第10 船員年次災害報告書の様式及び記入要領

1 様式

船員年次災害報告書

令和 年度分

省庁名 機関名 所在地		船員数	人
-------------------	--	-----	---

船舶名	航行区域	総トン数	最大搭載人員

氏名(記号) [俸給表・級]	性別	年齢 歳	災害発生の日時 年月日時	傷害の部位 及び傷病名	休業 日数 日	作業の概況、災害発生の 原因及びその後講じた措置

令和 年 月 日作成

記入者 所属・氏名
安全管理者 職名・氏名

A4 (210×297)

2 (略)

以 上