

平成31年4月10日

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、平成31年4月10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破線を囲んだ部分をこれに対応する改正後欄に掲げる規定の破線で囲んだ部分のように改める。

改 正 後	改 正 前
第26条の2関係 1 この条の第1項の「人事院の定める要件に該当する者」は、職員として従事した次の表の左欄に掲げる業務に応じて、離職の際に又は離職の後に、それぞれ、同表の右欄に掲げる要件に	第26条の2関係 1 この条の第1項の「人事院の定める要件に該当する者」は、職員として従事した次の表の左欄に掲げる業務に応じて、離職の際に又は離職の後に、それぞれ、同表の右欄に掲げる要件に

該当する者とする。

規則別表第 4 の 2 に掲げる業務	要件
(略)	(略)
第 8 号の業務	安衛則第 5 3 条 第 1 項の表の令 第 2 3 条第 1 3 号の業務の項に 掲げる要件の例 による。
第 9 号の業務	安衛則第 5 3 条 第 1 項の表の令 第 2 3 条第 1 4 号の業務の項に 掲げる要件の例 による。

2 (略)

該当する者とする。

規則別表第 4 の 2 に掲げる業務	要件
(同左)	(同左)
第 8 号の業務	安衛則第 5 3 条 第 1 項の表の令 第 2 3 条第 1 3 号の業務の項に 掲げる要件の例 による。

2 (同左)

別紙第 4 の 2 に次のように加える。

(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 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

印

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。))

健康 診 断	項目	年月日	年 月 日	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 ^き 検査鏡の検査			
	尿沈渣 ^き 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	項目	年月日	年 月 日	年 月 日
	ぼう とう 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			
	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。

別紙第4の3の様式に次のように加える。

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。

(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	

職 歴

〔 人事院規則10-4別表第4の2第9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	

以 上