


じん肺健康診断結果証明書																					
ふりがな			性別		生年月日			粉じん作業職歴													
氏名			男女		年 月 日			事業場名及び粉じん作業名		期 間		年 数									
住所 (変更)									事業場名 粉じん作業名	()号	年 月 から 年 月 まで	年 月									
									事業場名 粉じん作業名	()号	年 月 から 年 月 まで	年 月									
事業場 名称 所在地									事業場名 粉じん作業名	()号	年 月 から 年 月 まで	年 月									
									事業場名 粉じん作業名	()号	年 月 から 年 月 まで	年 月									
じん肺の経過									事業場名 粉じん作業名	()号	年 月 から 年 月 まで	年 月									
初めてのじん肺有所見の診断									事業場名 粉じん作業名	()号	年 月 から 年 月 まで	年 月									
前 2 回 の 決 定 状 況			決定年月 年 月		じん肺管理区分		PR		F												
			決定年月 年 月		じん肺管理区分		PR		F												
決定年月		じん肺管理区分		PR		F		決定年月		じん肺管理区分		P R F									
年 月								年 月													
年 月								年 月													
年 月								年 月													
年 月								年 月													
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																
気管支拡張症			歳																		
気管支喘息			歳																		
肺気腫			歳					歳													
エックス線写真による検査																					
			4. エックス線写真の像																		
			イ、小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 3/2 3/3 3/+)																		
			像		区分		タイプ														
			粒状影		/		p q r														
			不整形陰影		/																
1. 撮影年月日 年 月 日			ロ、大陰影の区分 (A B C)																		
2. 写真番号			ハ、付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)																		
3. 撮影条件			年 月 日 医療機関の名称及び所在地																		
増感紙			医師氏名 ㊞																		
胸部に関する臨床検査																					
検査年月日 年 月 日			年 月 日			医療機関の名称及び所在地															
自覚症状	呼吸困難	I II III IV V	チアノーゼ	+	-	医師氏名															
	せき	+	-	他	ばち状指										+	-					
	たん	+	-	副雑音	+										- (部位)						
	心嚙み進	+	-	所見	その他																
	その他			その他																	
喫煙歴			なし、やめた、吸っている ()本/日×()年(~)歳 ㊞																		
合併症に関する検査																					
検査年月日 年 月 日			年 月 日			医師意見															
自覚症状																					
結核精密検査	結核菌	塗抹 + - 培養 + -	肺結核以外の合併症に関する検査			結核菌	たん	塗抹 + - 培養 + -	しん滲出液	塗抹 + - 培養 + -	医師氏名 ㊞										
	エックス線特殊撮影	撮影法 () 所見				たん	年 月 日	年 月 日	年 月 日												
						量	mℓ		mℓ												
						性状															
						かぶたん痰細胞診	年月日(初日)	年 月 日	年 月 日												
赤血球沈降速度	1時間値	mm	その他の所見			エックス線特殊撮影	撮影法	らせんCT、その他()													
	2時間値	mm					撮影法	所見													
	ツベルクリン反応	mm × mm																			
判定			医療機関の名称及び所在地 医師氏名 ㊞																		

備考 第十条第二項の規定によりたんに関する検査及びエックス線特殊撮影による検査以外の検査を省略したときは、当該省略した検査に係る欄の記入を要しないこと。