様式第２号（第40条関係）（表面）

特定化学物質健康診断個人票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 | 雇入年月日 | 年　月　日 |
| 性別 | 男・女 | 　 |
| 業務名 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 健康診断の時期（雇入れ・配置替え・定期） | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| 第一次健康診断 | 健診年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 作業条件の簡易な調査の結果 |  |  |  |  |
| 既往歴 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 検診又は検査の項目 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医師の診断及び第二次健康診断の要否 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 健康診断を実施した医師の氏名 意見を述べた医師の氏名　印 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 備考 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 第二次健康診断 | 健診年月日 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 作業条件の調査の結果 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 検診又は検査の項目 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医師の診断 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 健康診断を実施した医師の氏名  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 備考 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医師の意見 | 　 | 　　 | 　 | 　 |
| 意見を述べた医師の氏名　 | 　 | 　 | 　 | 　 |