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 | | | |  |  |  |  |