

様式第3号 （第13条、第20条、第22条関係）

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				業 種				事業場名		年 月 から 年 月 まで		年 月			
		粉じん作業名						(号)		年 月 から 年 月 まで		年 月			
事業場		名 称						事業場名		年 月 から 年 月 まで		年 月			
		所在地						粉じん作業名		(号)		年 月 から 年 月 まで		年 月	
じん肺の経過															
初めてのじん肺有所見の診断		年													
前 2 回 の 決 定 状 況		決定年月 年 月		じん肺管理区分		PR		F		事業場名		年 月 から 年 月 まで		年 月	
		決定年月 年 月		じん肺管理区分		PR		F				事業場名		年 月 から 年 月 まで	
決定年月		じん肺管理区分		PR		F		決定年月		じん肺管理区分		PR		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											
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													
気 管 支 喘 息		歳													
肺 気 腫		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/-/0/0/1/1/0/1/1/1/2/2/1/2/2/2/3/2/3/3/3/+)													
		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		+ -							
		せき		+ -		他		ばち状指		+ -					
		たん		+ -		自覚		副雑音		+ - (部位)					
		心臓亢進		+ -		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		肺結核以外の合併症に関する検査											
自覚症状															
結核精密検査		結核菌		塗抹 + -		培養 + -									
		結核菌		塗抹 + -		培養 + -									
		エキスを線特殊撮影		撮影法 ()		所見									
		赤血球沈降速度		1時間値		mm									
		ツベルクリン反応		mm × mm											
判定		年 月 日 医療機関の名称及び所在地 医師氏名													
医師意見															
医師氏名															

備考 第十条第二項の規定によりたんに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。