

新旧対照表

改正後

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	粉じん作業履歴	事業場名及び粉じん作業名	期間	年数	氏名	性別	生年月日	現在の事業場	事業場名及び粉じん作業名	期間	年数			
	男女	年月日		(号) 年月から年月まで	年月	年		男女	年月日	(号) 年月から年月まで	年月	年	年			
住所	(変更)		現在の事業場	(号) 年月から年月まで	年月	年	住所	(変更)		現在の事業場	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
事業場所在地			事業場所在地	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場所在地			事業場所在地	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
じん肺の経過			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
初めてのじん肺有見の診断			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
前2回の決定状況	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	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
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	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				
年 月				年 月				年 月				年 月				
既往歴			既往歴				既往歴				既往歴					
肺結核	臓心臓疾患		肺結核	(号) 年月から年月まで	年月	年	肺結核	臓心臓疾患		肺結核	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
胸膜炎	臓		胸膜炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	胸膜炎	臓		胸膜炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
気管支炎	臓	その他の胸部疾患	気管支炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	気管支炎	臓	その他の胸部疾患	気管支炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
気管支拡張症	臓		気管支拡張症	(号) 年月から年月まで	年月	年	気管支拡張症	臓		気管支拡張症	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
気管支腫瘍	臓		気管支腫瘍	(号) 年月から年月まで	年月	年	気管支腫瘍	臓		気管支腫瘍	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
肺気腫	臓		肺気腫	(号) 年月から年月まで	年月	年	肺気腫	臓		肺気腫	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
エックス線写真による検査			エックス線写真による検査				エックス線写真による検査			エックス線写真による検査						
1.撮影年月日	年 月 日	II. 大陰影の区分 (A B C)	1.身長	_____ m	年齢満	_____ 歳	1.身長	_____ m	年齢満	_____ 歳	1.身長	_____ m	年齢満	_____ 歳		
2.写真番号	KV	III. 付加記載事項 (p/pl/co/bu/ca/cv/em/es/px/tb)	2.1.砂量予測値	_____ l	3.肺活量予測値	_____ l	2.1.砂量予測値	_____ l	3.肺活量予測値	_____ l	2.1.砂量予測値	_____ l	3.肺活量予測値	_____ l		
3.撮影条件	mAs	年 月 日 医療機関の名称及び所在地	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
増感紙		医師氏名	肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l
			努力肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	努力肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	努力肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l
			1.砂量	_____ %	_____ %	_____ %	1.砂量	_____ %	_____ %	_____ %	1.砂量	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
			%肺活量	_____ %	_____ %	_____ %	%肺活量	_____ %	_____ %	_____ %	%肺活量	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
			検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			採血の部位	_____ 分	_____ 分	_____ 分	採血の部位	_____ 分	_____ 分	_____ 分	採血の部位	_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分
			判定	F (- + +)	医療機関の名称及び所在地		判定	F (- + +)	医療機関の名称及び所在地		判定	F (- + +)	医療機関の名称及び所在地			
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			医師氏名				医師氏名				医師氏名					

備考 第十條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。

現行

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	粉じん作業履歴	事業場名及び粉じん作業名	期間	年数	氏名	性別	生年月日	現在の事業場	事業場名及び粉じん作業名	期間	年数			
	男女	年月日		(号) 年月から年月まで	年月	年		男女	年月日	(号) 年月から年月まで	年月	年	年			
住所	(変更)		現在の事業場	(号) 年月から年月まで	年月	年	住所	(変更)		現在の事業場	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
事業場所在地			事業場所在地	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場所在地			事業場所在地	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
じん肺の経過			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
初めてのじん肺有見の診断			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	事業場名称			事業場名称	(号) 年月から年月まで	年月	年	年		
前2回の決定状況	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	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
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	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				
年 月				年 月				年 月				年 月				
既往歴			既往歴				既往歴				既往歴					
肺結核	臓心臓疾患		肺結核	(号) 年月から年月まで	年月	年	肺結核	臓心臓疾患		肺結核	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
胸膜炎	臓		胸膜炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	胸膜炎	臓		胸膜炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
気管支炎	臓	その他の胸部疾患	気管支炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	気管支炎	臓	その他の胸部疾患	気管支炎	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
気管支拡張症	臓		気管支拡張症	(号) 年月から年月まで	年月	年	気管支拡張症	臓		気管支拡張症	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
気管支腫瘍	臓		気管支腫瘍	(号) 年月から年月まで	年月	年	気管支腫瘍	臓		気管支腫瘍	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
肺気腫	臓		肺気腫	(号) 年月から年月まで	年月	年	肺気腫	臓		肺気腫	(号) 年月から年月まで	年月	年	年	年	年
エックス線写真による検査			エックス線写真による検査				エックス線写真による検査			エックス線写真による検査						
1.撮影年月日	年 月 日	II. 大陰影の区分 (A B C)	1.身長	_____ m	年齢満	_____ 歳	1.身長	_____ m	年齢満	_____ 歳	1.身長	_____ m	年齢満	_____ 歳		
2.写真番号	KV	III. 付加記載事項 (p/pl/co/bu/ca/cv/em/es/px/tb)	2.1.砂量予測値	_____ l	3.肺活量予測値	_____ l	2.1.砂量予測値	_____ l	3.肺活量予測値	_____ l	2.1.砂量予測値	_____ l	3.肺活量予測値	_____ l		
3.撮影条件	mAs	年 月 日 医療機関の名称及び所在地	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
増感紙		医師氏名	肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l
			努力肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	努力肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	努力肺活量	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l	_____ l
			1.砂量	_____ %	_____ %	_____ %	1.砂量	_____ %	_____ %	_____ %	1.砂量	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
			%肺活量	_____ %	_____ %	_____ %	%肺活量	_____ %	_____ %	_____ %	%肺活量	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
			検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			採血の部位	_____ 分	_____ 分	_____ 分	採血の部位	_____ 分	_____ 分	_____ 分	採血の部位	_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分
			判定	F (- + +)	医療機関の名称及び所在地		判定	F (- + +)	医療機関の名称及び所在地		判定	F (- + +)	医療機関の名称及び所在地			
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			医師氏名				医師氏名				医師氏名					

備考 第十條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。

改正後

様式第 8 号 (第 5 4 条関係) (2)
(4 頁)

じん肺の経過

初めてのじん肺管理区分 2 の決定	年	備考
初めてのじん肺管理区分 3 の決定	年	

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	_____	歳
気 管 支 喘 息	歳	_____	歳
肺 気 腫	歳	_____	歳

この手帳交付の直前のじん肺健康診断の結果 年 月 日

喫 煙 歴	なし、やめた、吸っている ()本/日×()年 (~)歳
エックス線写真による検査	第 1 型、第 2 型、第 3 型、第 4 型 (A、B、C)
胸部に関する臨床検査	自覚症状 呼吸困難(、)、せき、たん、心悸亢進、 その他()
	他覚症状 チアノーゼ、ばち状指、副雑音、 その他()
肺機能検査	第一次検査 1 秒率(%)、% 1 秒量(%) %肺活量(%)
	第二次検査 酸 素 分 圧 (Torr) 肺胞気動脈血酸素分圧較差 (Torr)
判 定	F (+ 卅)
かかっている合併症の名称	

現 行

様式第 8 号 (第 5 4 条関係) (2)
(4 頁)

じん肺の経過

初めてのじん肺管理区分 2 の決定	年	備考
初めてのじん肺管理区分 3 の決定	年	

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	_____	歳
気 管 支 喘 息	歳	_____	歳
肺 気 腫	歳	_____	歳

この手帳交付の直前のじん肺健康診断の結果 年 月 日

喫 煙 歴	なし、やめた、吸っている ()本/日×()年 (~)歳
エックス線写真による検査	第 1 型、第 2 型、第 3 型、第 4 型 (A、B、C)
胸部に関する臨床検査	自覚症状 呼吸困難(、)、せき、たん、心悸亢進、 その他()
	他覚症状 チアノーゼ、ばち状指、副雑音、 その他()
肺機能検査	第 1 次検査 1 秒率(%)、%肺活量(%) √ 2 5 / 身長(m) (l / sec / m)
	第 2 次検査 肺胞気動脈血酸素分圧較差 (T O R R)
判 定	F (+ +)
かかっている合併症の名称	

改正後

(5 頁以降の頁 (最後の頁を除く。))

項目		年月日	年月日	年月日
		年月日	年月日	年月日
喫煙歴		なし、やめた、吸っている	なし、やめた、吸っている	なし、やめた、吸っている
エックス線写真による検査		第1型、第2型、第3型、第4型(A、B、C)	第1型、第2型、第3型、第4型(A、B、C)	第1型、第2型、第3型、第4型(A、B、C)
胸部に関する臨床検査	自覚症状	呼吸困難()、) せき、たん、心悸亢進、 その他()	呼吸困難()、) せき、たん、心悸亢進、 その他()	呼吸困難()、) せき、たん、心悸亢進、 その他()
	他覚症状	チアノーゼ、ばち状指、 副雑音、その他()	チアノーゼ、ばち状指、 副雑音、その他()	チアノーゼ、ばち状指、 副雑音、その他()
肺機能検査	第一次検査	1 秒率(%)、 % 1 秒量(%)、 % 肺活量(%)	1 秒率(%)、 % 1 秒量(%)、 % 肺活量(%)	1 秒率(%)、 % 1 秒量(%)、 % 肺活量(%)
	第二次検査	酸素分圧 (Torr) 肺胞気動脈血酸素分圧較差 (Torr)	酸素分圧 (Torr) 肺胞気動脈血酸素分圧較差 (Torr)	酸素分圧 (Torr) 肺胞気動脈血酸素分圧較差 (Torr)
判定		F (- + 卅)	F (- + 卅)	F (- + 卅)
らせんCT				
喀痰細胞診				
かかっている合併症の名称				
医療機関の名称及び医師氏名				

現行


(5 頁以降の頁 (最後の頁を除く。))

項目		年月日	年月日	年月日
		年月日	年月日	年月日
喫煙歴		なし、やめた、吸っている	なし、やめた、吸っている	なし、やめた、吸っている
エックス線写真による検査		第1型、第2型、第3型、第4型(A、B、C)	第1型、第2型、第3型、第4型(A、B、C)	第1型、第2型、第3型、第4型(A、B、C)
胸部に関する臨床検査	自覚症状	呼吸困難()、) せき、たん、心悸亢進、 その他()	呼吸困難()、) せき、たん、心悸亢進、 その他()	呼吸困難()、) せき、たん、心悸亢進、 その他()
	他覚症状	チアノーゼ、ばち状指、 副雑音、その他()	チアノーゼ、ばち状指、 副雑音、その他()	チアノーゼ、ばち状指、 副雑音、その他()
肺機能検査	第一次検査	一 秒率(%)、 % 肺活量(%)、 V25/身長(m)(l/sec/m)	一 秒率(%)、 % 肺活量(%)、 V25/身長(m)(l/sec/m)	一 秒率(%)、 % 肺活量(%)、 V25/身長(m)(l/sec/m)
	第二次検査	肺胞気動脈血酸素分圧較差 (TORR)	肺胞気動脈血酸素分圧較差 (TORR)	肺胞気動脈血酸素分圧較差 (TORR)
	判定	F (- + ++)	F (- + ++)	F (- + ++)
らせんCT				
喀痰細胞診				
かかっている合併症の名称				
医療機関の名称及び医師氏名				

改正後

様式第9号 (第57条関係) (2)


健康管理手帳による健康診断実施報告書 (じん肺)

健康管理手帳番号	号	じん肺管理区分	肺機能検査										
氏名及び住所			1.身長	_____ m 年齢満 _____ 歳									
生年月日 年 月 日生(満 歳) 男・女			2.1秒量予測値	_____ l 3.肺活量予測値 _____ l									
エックス線写真による検査			検査年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日										
 4. エックス線写真の像 イ. 小陰影の区分 <small>(0/-/0/0/1/1/0/1/1/1/2/2/1/2/2/3/3/2/3/3/+)</small> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><th>像</th><th>区分</th><th>タイプ</th></tr> <tr><td>粒状影</td><td>/</td><td>p,q,r</td></tr> <tr><td>不整形陰影</td><td>/</td><td></td></tr> </table>			像	区分	タイプ	粒状影	/	p,q,r	不整形陰影	/		第一次検査	
			像	区分	タイプ								
粒状影	/	p,q,r											
不整形陰影	/												
肺活量 _____ l		努力肺活量 _____ l		1秒量 _____ l									
1秒率 _____ %		%1秒量 _____ %		%肺活量 _____ %									
1.撮影年月日 _____ 年 月 日 2.写真番号 _____ 3.撮影条件 KV _____ mA _____ 増感紙 _____			第二次検査										
			検査年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日										
4. 大陰影の区分 (A B C) 八. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)			探血の部位										
			探血から分析終了までの時間 _____ 分 _____ 分										
胸に関する臨床検査 検査年月日 年 月 日			酸素分圧 Torr _____ Torr										
			炭酸ガス分圧 Torr _____ Torr										
自覚症状 呼吸困難 _____ チアノーゼ _____ せき _____ ばち状指 _____ たん _____ 副雑音 _____ (部位) 心悸亢進 _____ その他 _____ 喫煙歴 なし、やめた、吸っている ()本/日×()年(-)歳			肺動脈血酸素分圧較差 Torr _____ Torr										
			判定 F(- + ++) _____ 年 月 日										
併発症に関する検査 検査年月日 年 月 日			合併症に関する検査										
			自覚症状										
医師意見 _____ 年 月 日 医療機関の名称 _____ 及び所在地 _____ 医師氏名 _____ 労働局長殿			結核菌										
			塗抹 + - _____ 培養 + - _____										
備考 氏名を記載し、押印することによって、署名することができる。			たん										
			年月日 年月日 年月日 年月日										

現行

様式第9号 (第57条関係) (2)

健康管理手帳による健康診断実施報告書 (じん肺)

健康管理手帳番号	号	じん肺管理区分	肺機能検査										
氏名及び住所			1.身長	_____ m 年齢満 _____ 歳									
生年月日 年 月 日生(満 歳) 男・女			2.肺活量予測値	_____ l									
エックス線写真による検査			検査年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日										
 4. エックス線写真の像 イ. 小陰影の区分 <small>(0/-/0/0/1/1/0/1/1/1/2/2/1/2/2/3/3/2/3/3/+)</small> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><th>像</th><th>区分</th><th>タイプ</th></tr> <tr><td>粒状影</td><td>/</td><td>p,q,r</td></tr> <tr><td>不整形陰影</td><td>/</td><td></td></tr> </table>			像	区分	タイプ	粒状影	/	p,q,r	不整形陰影	/		第一次検査	
			像	区分	タイプ								
粒状影	/	p,q,r											
不整形陰影	/												
肺活量 _____ l		努力肺活量 _____ l		1秒量 _____ l									
1秒率 _____ %		%1秒量 _____ %		%肺活量 _____ %									
1.撮影年月日 _____ 年 月 日 2.写真番号 _____ 3.撮影条件 KV _____ mA _____ 増感紙 _____			第二次検査										
			検査年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日										
4. 大陰影の区分 (A B C) 八. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)			探血の部位										
			探血から分析終了までの時間 _____ 分 _____ 分										
胸に関する臨床検査 検査年月日 年 月 日			酸素分圧 Torr _____ Torr										
			炭酸ガス分圧 Torr _____ Torr										
自覚症状 呼吸困難 _____ チアノーゼ _____ せき _____ ばち状指 _____ たん _____ 副雑音 _____ (部位) 心悸亢進 _____ その他 _____ 喫煙歴 なし、やめた、吸っている ()本/日×()年(-)歳			肺動脈血酸素分圧較差 Torr _____ Torr										
			判定 F(- + ++) _____ 年 月 日										
併発症に関する検査 検査年月日 年 月 日			合併症に関する検査										
			自覚症状										
医師意見 _____ 年 月 日 医療機関の名称 _____ 及び所在地 _____ 医師氏名 _____ 労働局長殿			結核菌										
			塗抹 + - _____ 培養 + - _____										
備考 氏名を記載し、押印することによって、署名することができる。			たん										
			年月日 年月日 年月日 年月日										