アスベスト（石綿）健康診断

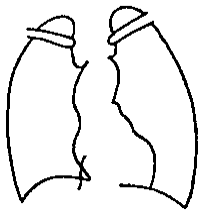
氏名及び住所

生年月日　　年　　月　　日生（満　　才）　男 ・ 女

既往歴

自覚症状及び他覚症状　　□なし
□せき　□たん　□息切れ　□胸痛　□その他（　　）

胸部のエックス線直接撮影による検査



CTによるエックス線写真の所見

健康診断の結果　　□異常なし
□石綿曝露の所見あり
□要精査（　　）

健康管理手帳申請　　なし　　あり（　　）

年　　月　　日

医療機関名
所　在　地
医　師　名　　㊞