


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												
氏名		男女		年 月 日												
住所		(変更)														
		名称		業種		所在地										
事業場		名称		業種		所在地										
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								
		決定年月 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								
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		その他の胸部疾患												
気管支炎		歳														
気管支拡張症		歳		歳 歳												
気管支喘息		歳														
肺気腫		歳														
エックス線写真による検査																
 <p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>2. 写真番号</p> <p>3. 撮影条件 KV mAs 増感紙</p>		4. エックス線写真の像														
		<p>イ. 小陰影の区分(0/-/0/0/1/1/0/1/1/2/2/1/2/2/3/3/2/3/3/+)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>像</th> <th>区分</th> <th>タイプ</th> </tr> <tr> <td>粒状影</td> <td>/</td> <td>pqr</td> </tr> <tr> <td>不整形陰影</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table> <p>ロ. 大陰影の区分 (A B C)</p> <p>ハ. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)</p> <p>年 月 日 医療機関の名称及び所在地</p> <p>医師氏名</p>								像	区分	タイプ	粒状影	/	pqr	不整形陰影
像	区分	タイプ														
粒状影	/	pqr														
不整形陰影	/															
肺機能検査																
1. 身長 [] m 年齢満 [] 歳																
2. 1秒量予測値 [] λ 3. 肺活量予測値 [] λ																
第一次検査																
検査年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日								
肺活量		λ		λ		λ		λ								
努力肺活量		λ		λ		λ		λ								
1秒量		λ		λ		λ		λ								
1秒率		%		%		%		%								
%1秒量		%		%		%		%								
%肺活量		%		%		%		%								
第二次検査																
検査年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日								
採血の部位																
採血から分析終了までの時間		分		分		分		分								
酸素分圧		Torr		Torr		Torr		Torr								
炭酸ガス分圧		Torr		Torr		Torr		Torr								
肺胞気動脈血酸素分圧較差		Torr		Torr		Torr		Torr								
判定 F(- + ++) 医療機関の名称及び所在地																
年 月 日 医師氏名																
合併症に関する検査																
検査年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日								
自覚症状																
結核菌		塗抹 + -		肺結核以外の合併症に関する検査		塗抹 + -		医師意見								
		培養 + -				培養 + -										
結核精密検査		撮影法 ()		たん		量		mλ								
		所見				性状		性状								
赤血球沈降速度		1時間値 mm		その他の所見		年月日(初日)		年月日								
		2時間値 mm				所見		年月日		年月日						
ツベルクリン反応		mm x mm		エックス線特殊撮影		撮影法		らせんCT、その他()								
所見				所見												
判定 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 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。