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 口なし 口せき 口たん 口息切れ 口胸痛 口その他()						
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	と写真の所見					
健康診断の結果	口異常なし	,				
口石綿曝露の所見あり						
健康管理手帳申請	□要精査(□な		り ())
年	月	日				
医療機関名						
	所 在 :					
	医師:	名				P