


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 (変更)		名称		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								
事業場 所在地		名称		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								
じん肺の経過		初めてのじん肺有所見の診断		年		事業場名		年月から年月まで		年月								
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								
年 月								年 月										
年 月								年 月										
年 月								年 月										
年 月								年 月										
既往歴						粉じん作業に従事した期間の合計												
肺結核		歳		心臓疾患				年 月		年 月								
胸膜炎		歳		その他の胸部疾患				年 月		年 月								
気管支炎		歳						年 月		年 月								
気管支拡張症		歳						年 月		年 月								
気管支喘息		歳						年 月		年 月								
肺気腫		歳						年 月		年 月								
既 往 歴						現在の事業場に来る前												
肺結核						現在の事業場に来る前												
胸膜炎						現在の事業場に来る前												
気管支炎						現在の事業場に来る前												
気管支拡張症						現在の事業場に来る前												
気管支喘息						現在の事業場に来る前												
肺気腫						現在の事業場に来る前												
エクス線写真による検査						肺機能検査												
 <p>4. エクス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3 3/+)</p> <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> <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 (印)</p>						像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整形陰影	/		1. 身長 <input type="text"/> m 年齢満 <input type="text"/> 歳			
						像	区分	タイプ										
粒状影	/	p q r																
不整形陰影	/																	
2. 1秒量予測値 <input type="text"/> l				3. 肺活量予測値 <input type="text"/> l														
1. 撮影年月日						第一次検査												
2. 写真番号						検査年月日												
3. 撮影条件						年 月 日												
増感紙						年 月 日												
胸部に関する臨床検査						第二次検査												
検査年月日						採血の部位												
呼吸困難 I II III IV V						探血から分析終了までの時間												
せき						酸素分圧												
たん						炭酸ガス分圧												
心嚙亢進						肺胞気動脈血酸素分圧較差												
その他						判定 F(- + ++)												
喫煙歴						医療機関の名称及び所在地												
なし、やめた、吸っている						年 月 日 医師氏名 (印)												
( )本/日×( )年( ~ )歳																		
合併症に関する検査						医師意見												
検査年月日						結核菌												
年月日						たん												
自覚症状						塗抹 + -												
呼吸困難						培養 + -												
せき						たん												
たん						年月日												
心嚙亢進						量												
その他						性状												
副雑音						年月日(初日)												
その他						所見												
その他						年月日												
その他						撮影法												
その他						所見												
赤血球沈降速度						医療機関の名称及び所在地												
1時間値						年 月 日												
2時間値						医師氏名 (印)												
ツベルクリン反応																		
mm × mm																		
判定																		

備考 第十条第二項の規定によりたんに関する検査及びエ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。