

jin肺結果証明書について

- ・過去の証明書も持参してください
- ・前の職場の証明書をお持ちの方は持参してください

様式第3号 (第13条、第20条、第22条関係)

□ 内をご記入のうえ、受付にお出しください。

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	★個人情報等をご記入ください。				
事業場	名称	業種	現 事業場名	(号)	年月から年月まで
	所在地		現 事業場名	(号)	年月から年月まで
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	事業場名
		じん肺			粉じん作業名
		PR			事業場名
		F			粉じん作業名
★「じん肺管理区分2以上」の方に つきましては当健康事業団で 健診を実施できません。 他の医療機関での受診をお願いします。					
既往歴					
肺結核	核	歳	心臓疾患	歳	現在の事業場に来てから
胸膜					(号)年月から年月まで 年月
気管支					(号)年月から年月まで 年月
気管支拡張症	症	歳		歳	(号)年月から年月まで 年月
気管支喘息	息	歳		歳	(号)年月から年月まで 年月
肺気腫	腫	歳		歳	(号)年月から年月まで 年月
★肺・心臓等の胸部に関する既往歴をご記入ください。					
★欄が埋まりましたら、 コピーしてご使用ください。					

様式第3号 (第13条、第20条、第22条関係)

★受診の際に一度11枚必要です。コピーしてご使用ください。

備考 第十一条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

様式第3号 (第13条、第20条、第22条関係)

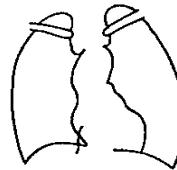
じん肺健康診断結果証明書										
ふりがな			性別	生年月日		粉じん作業歴				
氏名			男女	年月日		事業場名及び粉じん作業名	期間	年数		
住所						事業場名 (号)	年月から年月まで	年月		
(変更)										
事業場	名称		業種							
所在地										
じん肺の経過										
初めてのじん肺有所見の診断 年										
前2回の 決定状況	決定年月 年月		じん肺管理区分	PR	F	事業場名 (号)	年月から年月まで	年月		
	決定年月 年月		じん肺管理区分	PR	F	事業場名 (号)	年月から年月まで	年月		
決定年月	じん肺管理区分	PR	F	決定年月	じん肺管理区分	P R	F	事業場名 (号)	年月から年月まで	年月
年月				年月				事業場名 (号)	年月から年月まで	年月
年月				年月				事業場名 (号)	年月から年月まで	年月
年月				年月				事業場名 (号)	年月から年月まで	年月
年月				年月				事業場名 (号)	年月から年月まで	年月
既往歴										
肺結核	歳	心臓疾患								
胸膜炎	歳									
気管支炎	歳	その他の胸部疾患								
気管支拡張症	歳									
ぜん 気管支喘息	歳									
肺気腫	歳									

様式第3号 (第13条、第20条、第22条関係)

事業所名

氏名

エックス線写真による検査



1.撮影年月日 年 月 日

2.写真番号 じん

3.撮影条件 KV

mAs

増感紙

4.エックス線写真の像

イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 2/2 1/2 2/2 3/3 2/3 3/3 +)

像	区分	タイプ
粒状影	/	p q r
不整形陰影	/	

ロ. 大陰影の区分 (A B C)

ハ. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)

年 月 日 医療機関の名称及び所在地

諫早市多良見町化屋986-3 (公財)長崎県健康事業団

医師氏名 印

肺機能検査

1.身長 [] m 年齢満 [] 歳

2.1秒量予測値 [] ℥ 3.肺活量予測値 [] ℥

第一次検査	検査年月日	年月日	年月日
	肺活量	ℓ	ℓ
	努力肺活量	ℓ	ℓ
	1秒量	ℓ	ℓ
	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
	採血の部位		
	採血から分析終了までの時間	分	分
	酸素分圧	Torr	Torr
	炭酸ガス分圧	Torr	Torr
	肺胞気動脈血酸素分圧較差	□□.□□ Torr	□□.□□ Torr
	判定 F(- + #)	医療機関の名称及び所在地	

年 月 日 医師氏名

印

年 月 日 医師氏名

印

胸部に関する臨床検査

検査年月日

年 月 日 医療機関の名称及び所在地

諫早市多良見町化屋986-3 (公財)長崎県健康事業団

医師氏名 印

呼吸困難 I II III IV V

チアノーゼ + -

せき + -

ばち状指 + -

たん + -

副雑音 + - (部位)

きこづ
心悸亢進 + -

その他

その他

合併症に関する検査

検査年月日

年 月 日 医療機関の名称及び所在地

自覚症状

諫早市多良見町化屋986-3 (公財)長崎県健康事業団

医師氏名 印

喫煙歴 なし、やめた、吸っている

()本/日×()年 (~)歳

印

医師意見

医師氏名

印

医師氏名

印