

- ・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、受付にお出してください。

| じん肺健康診断結果証明書   |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
|--|--|-----------|--|---------------|--|--|--|-----|--|
| ふりがな<br>氏名   |  | 性別<br>男 女 |  | 生年月日<br>年 月 日 |  | 粉じん作業履歴<br>事業場名及び粉じん作業名                              |  |     |  |
|  |  |           |  |               |  | 期 間<br>から まで   |  | 年 数 |  |
| 住 所  |  |           |  |               |  | ★過去務めていた職場で粉じん作業をしていた場合、<br>事業場名・作業内容・従事期間等をご記入ください。 |  |     |  |
| 事 業 場  |  | 名称        |  | 業 種           |  |  |  |     |  |
|  |  | 所在地       |  |               |  |  |  |     |  |
| じん肺の経過<br>初めてのじん肺有所見の診断  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 前 2 回 の<br>決 定 状 況   |  | 決定年月 年 月  |  | じん肺管理区分       |  | PR   |  | F   |  |
|  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| ★「じん肺管理区分2以上」の方に<br>つきましては当健康事業団で<br>健診を実施できません。<br>他の医療機関での受診をお願いします。 |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 配 往 歴  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 肺 結 核  |  | 歳         |  | 心 臓 疾 患       |  |  |  |     |  |
| 胸 膜  |  |           |  |               |  | 歳  |  |     |  |
| 気 管 支  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 気 管 支 拡 張 症  |  | 歳         |  |               |  | 歳  |  |     |  |
| 気 管 支 喘 息  |  | 歳         |  |               |  | 歳  |  |     |  |
| 肺 氣 腫  |  | 歳         |  |               |  | 歳  |  |     |  |
| 現在の事業場に来る前   |  |           |  |               |  | 現在の事業場に来てから  |  |     |  |
| 事業場名   |  | (号)       |  | 年 月 から 年 月 まで |  | 年 数  |  | 累 計 |  |
|  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 事業場名   |  | (号)       |  | 年 月 から 年 月 まで |  | 年 数  |  | 累 計 |  |
|  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 事業場名   |  | (号)       |  | 年 月 から 年 月 まで |  | 年 数  |  | 累 計 |  |
|  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 粉じん作業に従事した期間の合計  |  |           |  |               |  | 年 月  |  |     |  |
| 粉じん作業名   |  | 期 間       |  | 年 数           |  | 累 計  |  |     |  |
|  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 粉じん作業名   |  | 期 間       |  | 年 数           |  | 累 計  |  |     |  |
|  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| 粉じん作業名   |  | 期 間       |  | 年 数           |  | 累 計  |  |     |  |
|  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| ★現在の職場に来てからの<br>粉じん作業名・従事期間等をご記入ください。                                  |  |           |  |               |  |  |  |     |  |
| ★欄が埋まりましたら、<br>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)

エックス線写真による検査

|    | <p>4. エックス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分(0/0-0/0 0/1 1/0 1/1 2/2 1/2 2/2 3/3 2/3 3/3 +)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>  | 像             | 区分 | タイプ   | 粒 状 影 | /    | p q r         | 不整形陰影 | / |    |   |    |   |      |   |     |  |
|---|--|---------------|----|-------|-------|------|---------------|-------|---|----|---|----|---|------|---|-----|--|
| 像   | 区分   | タイプ           |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
| 粒 状 影   | /  | p q r         |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
| 不整形陰影   | /  |               |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
| <p>1. 撮影年月日      年 月 日</p> <p>2. 写 真 番 号      じん</p> <p>3. 撮影条件</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>_____ KV</p> <p>_____ mAs</p> <p>増感紙 _____</p> </div> <div> <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 th)</p> <p>年 月 日      医療機関の名称及び所在地</p> <p>     諫早市多良見町化屋986-3      (公財)長崎県健康事業団</p> <p>医師氏名      印</p> </div> </div> | <p>胸部に関する臨床検査</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="2">検査年月日</th> <th>年 月 日</th> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">自覚症状</td> <td style="width: 20%;">呼吸困難</td> <td>I II III IV V</td> </tr> <tr> <td>せき</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>たん</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>きこ</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>心悸亢進</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> </tr> </table> | 検査年月日         |    | 年 月 日 | 自覚症状  | 呼吸困難 | I II III IV V | せき    | + | たん | + | きこ | + | 心悸亢進 | + | その他 |  |
| 検査年月日   |  | 年 月 日         |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
| 自覚症状  | 呼吸困難   | I II III IV V |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
|   | せき   | +             |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
|   | たん   | +             |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
|   | きこ   | +             |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
|   | 心悸亢進   | +             |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
|   | その他  |               |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |
| <p>喫 煙 歴</p>  | <p>なし、やめた、吸っている</p> <p>( ) 本/日 × ( ) 年 ( ~ ) 歳</p>   |               |    |       |       |      |               |       |   |    |   |    |   |      |   |     |  |

事業所名

氏 名

★ボールペンで事業所名及び氏名を  
ご記入ください。

| 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      | 年 月 日      | 年 月 日      | 年 月 日      | 年 月 日      |
|                            | 肺活量           | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          |
|                            | 努力肺活量         | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          |
|                            | 1秒量           | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          | ℓ          |
|                            | 1秒率           | □□.□ %     | □□.□ %     | □□.□ %     | □□.□ %     | □□.□ %     | □□.□ %     |
| 第二次検査                      | % 1秒量         | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    |
|                            | % 肺活量         | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    | □□□.□ %    |
|                            | 検査年月日         | 年 月 日      | 年 月 日      | 年 月 日      | 年 月 日      | 年 月 日      | 年 月 日      |
| 第三次検査                      | 採血の部位         |            |            |            |            |            |            |
|                            | 採血から分析終了までの時間 |            | 分          |            | 分          |            | 分          |
|                            | 酸素分圧          | Torr       | Torr       | Torr       | Torr       | Torr       | Torr       |
|                            | 炭酸ガス分圧        | Torr       | Torr       | Torr       | Torr       | Torr       | Torr       |
|                            | 肺泡気動脈血酸素分圧較差  | □□.□□ Torr | □□.□□ Torr | □□.□□ 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                 |               |            |            |            |            |            |            |

印

★受診の際に都度1枚必要です。コピーしてご使用ください。

| 合併症に関する検査 |           |            |      |                 |         |      |              |    |            | 医師意見 |   |   |   |   |
|-----------|-----------|------------|------|-----------------|---------|------|--------------|----|------------|------|---|---|---|---|
| 検査年月日     |           | 年月日        |      | 肺結核以外の合併症に関する検査 | 結核菌     | たん   | 塗抹＋<br>培養＋   |    | 塗抹＋<br>培養＋ |      |   |   |   |   |
| 自覚症状      |           |            |      |                 |         |      | たん           | 年  | 月          |      | 日 | 年 | 月 | 日 |
| 結核精密検査    | 結核菌       | 塗抹＋<br>培養＋ |      |                 |         |      |              |    |            |      |   |   |   |   |
|           |           | 培養＋<br>培養＋ |      |                 |         |      |              |    |            |      |   |   |   |   |
|           | エックス線特殊撮影 | 撮影法（ ）     |      | 喀痰細胞診           | 性 状     |      | ml           |    | ml         |      |   |   |   |   |
|           |           | 所見         |      |                 | 年月日（初日） |      | 年 月 日        |    |            |      |   |   |   |   |
|           |           | 所見         |      |                 | 所 見     |      | 年 月 日        |    |            |      |   |   |   |   |
|           |           | 所見         |      |                 | 撮影法     |      | らせんCT、その他（ ） |    |            |      |   |   |   |   |
|           | 赤血球沈降速度   |            | 1時間値 |                 | mm      |      | mm           |    | mm         |      |   |   |   |   |
| ツベルクリン反応  |           | 2時間値       |      | mm×             |         | mm   |              | mm |            |      |   |   |   |   |
| 判定        |           | 年 月 日      |      | 医療機関の名称及び所在地    |         | 医師氏名 |              | 印  |            | 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。

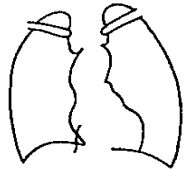
様式第3号 (第13条、第20条、第22条関係)

| 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  |  | 現在の事業場に来る前     | 事業場名及び粉じん作業名   |                | 期間       |          | 年数 |    |    |  |
| 住所            |  | (変更)     |  | 業種       |  |      |  |                | 事業場名<br>粉じん作業名 |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    |    |  |
|               |  |          |  |          |  |      |  |                | (号)            |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    |    |  |
| 事業場           |  | 名称       |  |          |  |      |  |                | 事業場名<br>粉じん作業名 |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    |    |  |
|               |  | 所在地      |  |          |  |      |  |                | (号)            |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    |    |  |
| じん肺の経過        |  |          |  |          |  |      |  |                | 事業場名<br>粉じん作業名 |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    |    |  |
| 初めてのじん肺有所見の診断 |  |          |  | 年        |  |      |  | 事業場名<br>粉じん作業名 |                | 年月から年月まで       |          | 年月       |    |    |    |  |
| 前2回の<br>決定状況  |  | 決定年月 年 月 |  | じん肺管理区分  |  | PR   |  | F              |                | 事業場名<br>粉じん作業名 |          | 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<br>粉じん作業名 |          | 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        |          | PR       |    | F  |    |  |
| 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     |  |      |  | 現在の事業場に来てから    | 粉じん作業名         |                | 期間       |          | 年数 |    | 累計 |  |
| 胸膜炎           |  | 歳        |  | その他の胸部疾患 |  | 歳    |  |                | (号)            |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    | 年月 |  |
| 気管支炎          |  | 歳        |  |          |  |      |  |                | (号)            |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    | 年月 |  |
| 気管支拡張症        |  | 歳        |  |          |  |      |  |                | (号)            |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    | 年月 |  |
| 気管支喘息         |  | 歳        |  |          |  |      |  |                | (号)            |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    | 年月 |  |
| 肺気腫           |  | 歳        |  |          |  |      |  |                | (号)            |                | 年月から年月まで |          | 年月 |    | 年月 |  |

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   |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | 肺機能検査  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|                             |  |                 |  |                 | 4. エックス線写真の像   |           |    |              |       | 1. 身長 <input type="text"/> m 年齢満 <input type="text"/> 歳<br>2. 1秒量予測値 <input type="text"/> l 3. 肺活量予測値 <input type="text"/> l   |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  |                 | 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/+) |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  |                 | 像  |           | 区分 |              | タイプ   |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  |                 | 粒状影  |           | /  |              | p q r |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 1. 撮影年月日 年 月 日   |  |                 |  |                 | ロ. 大陰影の区分 (A B C)  |           |    |              |       | 第一次検査<br>検査年月日 年 月 日 年 月 日<br>肺活量 l<br>努力肺活量 l<br>1秒量 l<br>1秒率 □□.□ % □□.□ %<br>% 1秒量 □□□.□ % □□□.□ %<br>% 肺活量 □□□.□ % □□□.□ %<br>第二次検査<br>検査年月日 年 月 日 年 月 日<br>採血の部位<br>採血から分析終了までの時間 分 分<br>酸素分圧 Torr Torr<br>炭酸ガス分圧 Torr Torr<br>肺胞気動脈血酸素分圧較差 □□.□□ Torr □□.□□ Torr |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 2. 写真番号 じん   |  |                 |  |                 | ハ. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)                 |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 3. 撮影条件 KV   |  |                 |  |                 | 年 月 日 医療機関の名称及び所在地   |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 増感紙 mAs  |  |                 |  |                 | 諫早市多良見町化屋986-3 (公財)長崎県健康事業団                                |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 胸部に関する臨床検査   |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | 医師氏名 印   |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 検査年月日 年 月 日  |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | 医療機関の名称及び所在地   |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 自覚症状<br>呼吸困難 I II III IV V<br>せき + -<br>たん + -<br>きこう 心悸亢進 + -<br>その他<br>喫煙歴 なし、やめた、吸っている ( )本/日×( )年 ( ~ )歳 |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | チアノーゼ + -  |  | 医療機関の名称及び所在地                |  | 第二次検査<br>判定 F( - + # ) 医療機関の名称及び所在地<br>年 月 日 医師氏名 印 |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | ばち状指 + -   |  | 諫早市多良見町化屋986-3 (公財)長崎県健康事業団 |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | 副雑音 + - (部位 )  |  | 医師氏名                        |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | その他  |  | 印                           |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 合併症に関する検査  |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | 医師意見<br>医師氏名   |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 検査年月日 年 月 日  |  | 年 月 日           |  | 肺結核以外の合併症に関する検査 |  | 結核菌 たん    |    | 塗抹 + -       |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  | 滲出液   |  | 塗抹 + - |  |
| 自覚症状   |  |                 |  |                 |  | 培養 + -    |    | 培養 + -       |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 結核菌  |  | 塗抹 + -          |  |                 |  | 年月日 年 月 日 |    | 年 月 日        |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  | 培養 + -          |  |                 |  | 量 ml      |    | ml           |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 結核精密検査   |  | 撮影法 ( )         |  | たん              |  | 性 状       |    | 年月日 (初日)     |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  | 年 月 日 |  |        |  |
|  |  | エックス線特殊撮影<br>所見 |  | 喀痰細胞診           |  | 所見        |    | 年月日          |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  | 年 月 日 |  |        |  |
|  |  |                 |  | エックス線特殊撮影       |  | 撮影法       |    | らせんCT、その他( ) |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  |                 |  | 所見              |  |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 赤血球沈降速度  |  | 1時間値 mm         |  | その他の所見          |  |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
|  |  | 2時間値 mm         |  |                 |  |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| ツベルクリン反応   |  | mm × mm         |  |                 |  |           |    |              |       |  |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |
| 判定   |  |                 |  |                 |  |           |    |              |       | 医療機関の名称及び所在地<br>年 月 日 医師氏名 印   |  |                             |  |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |

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。