

様式第8号（第54条関係）（12）

（表紙）

番号 _____ 号

健康管理手帳
（オルトートルイジン）

氏名 _____

厚生労働省

| | | | |
|---------------|-------------------------------|--------|-------------|
| (ふりがな) 氏 名 | ----- | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日 | (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 | | |
| 住 所 | 都 道 府 県 | | |
| (備考) | | | |

労働安全衛生法第 67 条第 1 項の健康管理手帳を交付します。

年 月 日

労働局長 印

離職前のオルトートルイジンに係る疾病の既往歴及び治療歴

| | 既往歴及び治療歴 |
|-----|----------|
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |

離職前直近の健康診断の結果

年 月 日

| | |
|---|--|
| 自覚症状及び 他覚症状 | なし、頭重、頭痛、めまい、疲労感、倦怠感、顔面 蒼白、チアノーゼ、心悸亢進、尿の着色、血尿、頻 尿、排尿痛、その他（ ） |
| 尿中の潜血検査 | |
| 尿中のオルトートルイジンの量の測定 | |
| 尿沈渣検鏡の検査 | |
| 尿沈渣のパパニコラ 法による細胞診の検査 | |
| 膀胱鏡検査 | |
| 腹部の超音波による 検査、尿路造影検査 等の画像検査 | |
| 赤血球数、網状赤血 球数、メトヘモグロ ビンの量等の赤血球 系の血液検査 | |

(5頁以降の頁(最後の頁を除く。))

| | | | |
|--------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 健康診断 | 年月日 項目 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 既往歴 | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他() | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他() |
| | 自覚症状及び他覚症状 | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他() | なし、血尿、頻尿、排尿痛、その他() |
| | 尿中の潜血検査 | | |
| | 尿沈渣 ^さ 検鏡の検査 | | |
| | 尿沈渣 ^さ のパパニコラ法による細胞診の検査 | | |
| | 判定 | 異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 () | 異常あり、なし 再検査、不要 追加健診要、不要 () |
| | 医療機関名及び医師名 | | |
| 追加健康診断 | 年月日 項目 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 膀胱 ^{ぼうこう} 鏡検査 | | |
| | 腹部の超音波による検査、尿路造影検査等の画像検査 | | |
| | 判定 | 異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 () | 異常あり、なし 再検査、不要 療養要、不要 () |
| | 医療機関名及び医師名 | | |

注 意 事 項

- 1 労働安全衛生規則第55条に規定する健康診断を受けるときは、当該健康診断を行う所定の医療機関にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらつて下さい。
- 2 次の場合には、あなたの住所を管轄する都道府県労働局長にこの手帳を添えて(ロの場合を除く。)その旨を届け出て必要な訂正又は再交付を受けて下さい。
 - イ 氏名又は住所を変更したとき
 - ロ この手帳を失つたとき
 - ハ この手帳を損傷したとき
- 3 この手帳は他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。