

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 ^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	
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	
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って下さい。
- 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 この手帳を失ったとき
 - 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。