（5頁以降の頁（最後の頁を除く。））

	年月日 / 項目	年　月　日	年　月　日
健康診断	既往歴	なし、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他（　　）	なし、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他（　　）
	自覚症状及び他覚症状	なし、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他（　　）	なし、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、その他（　　）
	血清総ビリルビン		
	GOT		
	GPT		
	γ－GTP		
	AL－P		
	判定	異常　あり、なし 再検　要、不要 追加健診　要、不要 〔　　〕	異常　あり、なし 再検　要、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
	腹部の超音波による検査等の画像検査		
	CA19-9等の血液中の腫瘍（しゅよう）マーカーの検査		
	判定	異常　あり、なし 再検　要、不要 療養　要、不要 〔　　〕	異常　あり、なし 再検　要、不要 療養　要、不要 〔　　〕
	医療機関名及び医師名		

（最後の頁）

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。