様式第２号（第23条関係）

四アルキル鉛健康診断個人票

氏名		生年月日	年　月　日	雇入年月日	年　月　日
		性　別	男・女		
四アルキル鉛等業務の経歴					

健診年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
年齢	歳	歳	歳	歳	歳
１．雇入れ　２．配置替え ３．定期の別					
四アルキル鉛等業務名					
作業条件の簡易な調査の結果					
四アルキル鉛による既往歴					
自覚症状					
他覚症状					
血液中の鉛の量　（μg／100ml）					
尿中のデルタアミノレブリン酸の量（mg／l）					
医師が必要と認める者に行う検査					
作業条件の調査の結果					
貧血検査　血色素量　（g／dl）					
貧血検査　赤血球数　（万／mm^3）					
赤血球中のプロトポルフィリンの量（　）					
神経学的検査					
その他の検査					
医師の診断					
健康診断を実施した医師の氏名　㊞					
医師の意見					
意見を述べた医師の氏名　㊞					
備考					

様式第二号及び様式第三号を次のように改める。