

除染等電離放射線健康診断結果報告書

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票種別 80313	労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	被一括事業場番号
---------------	--------	------	----	----	------	-----	----------

対象年 7平成 9令和 [元号] [年(右ツメ)]	(月~月分) (報告回目)	健診年月日	7平成 9令和 [元号] [年(右ツメ)] [月(右ツメ)] [日(右ツメ)]
------------------------------------	---------------	-------	-----------------------------------------------

事業の種類	事業場の名称
-------	--------

事業場の所在地	郵便番号 ()	電話 ()
---------	----------	--------

健康診断実施機関の名称及び所在地	在籍労働者数	人
------------------	--------	---

従事労働者数	男	女	計	作業の種類	<input type="checkbox"/> → 1 土壌等の除染等 2 除去土壌の収集、運搬又は保管 3 汚染廃棄物の収集、運搬又は保管 4 特定汚染土壌等の取扱い
	人	人	<input type="text"/>		
有所見者数 <small>(受診所見の内訳は裏面に記入すること。)</small>	男	女	計	具体的内容	[]
	人	人	<input type="text"/>		

受診労働者数	実効線量による区分	男		女		計
		人	人	人	人	
1	5ミリシーベルト以下の者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	
2	5ミリシーベルトを超え20ミリシーベルト以下の者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	
3	20ミリシーベルトを超え50ミリシーベルト以下の者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	
4	50ミリシーベルトを超える者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	

ページ / 総ページ

/

産業医	氏名	印
	所属医療機関の名称及び所在地	

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長 殿

印

受付印