

緊急時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	8 0 3 1 4				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	元号	年	()	健診年月日	7:平成	元号	年	月	日	9:令和	元号	年	月	日
	9:令和	数字	1~9年は右			数字	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右				

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	在籍労働者数	人
-------------	--------	---

健康診断実施機関の所在地	
--------------	--

緊急作業従事労働者数	男	女	計	有所見者数	男	女	計
	人	人	人		人	人	人

作業の場所	
-------	--

健康診断項目	実施者数				有所見者数				検査項目	実施者数				有所見者数			
	男	女	計	人	男	女	計	人		男	女	計	人	男	女	計	人
白血球数	男	女	計	人	男	女	計	人	ヘマトクリット値	男	女	計	人	男	女	計	人
	計	人	人	人	計	人	人	人		計	人	人	人	計	人	人	人
白血球百分率	男	女	計	人	男	女	計	人	甲状腺	男	女	計	人	男	女	計	人
	計	人	人	人	計	人	人	人		計	人	人	人	計	人	人	人
赤血球数	男	女	計	人	男	女	計	人	眼	男	女	計	人	男	女	計	人
	計	人	人	人	計	人	人	人		計	人	人	人	計	人	人	人
血色素量	男	女	計	人	男	女	計	人	皮膚	男	女	計	人	男	女	計	人
	計	人	人	人	計	人	人	人		計	人	人	人	計	人	人	人

〒 / 〒	産業医	氏名	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

受付印

折り曲げる場合は()の所を谷に折り曲げること