様式第２号の２（第58条関係）（表面）

標準字体 0123456789

緊急時電離放射線健康診断結果報告書

帳票種別	80314	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	元号 年	（　　月分）（報告　　回目）	健診年月日	元号 年 月 日
	7：平成			7：平成
	数字 1～9年は右			数字 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					実施者数			有所見者数			
白血球数	男	人	女	人	男	人	女	人	ヘマトクリット値	男	人	女	人	男	人	女	人
	計	人			計	人				計	人			計	人		
白血球百分率	男	人	女	人	男	人	女	人	甲状腺	男	人	女	人	男	人	女	人
	計	人			計	人				計	人			計	人		
赤血球数	男	人	女	人	男	人	女	人	眼	男	人	女	人	男	人	女	人
	計	人			計	人				計	人			計	人		
血色素量	男	人	女	人	男	人	女	人	皮膚	男	人	女	人	男	人	女	人
	計	人			計	人				計	人			計	人		

折り曲げる場合は（◀）の所を谷に折り曲げること

ﾍﾟｰｼﾞ　総ﾍﾟｰｼﾞ
□／□

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

㊞

受付印

労働基準監督署長　殿