	血色素量(g／dL)				
	ヘマトクリット値(%)				
	その他				
甲状腺	甲状腺刺激ホルモン(μIU／mL)				
	遊離トリヨードサイロニン(FT_3)(pg／mL)				
	遊離サイロキシン(FT_4)(ng／dL)				
眼	水晶体の混濁(有無)				
皮膚	発赤(有無)				
	乾燥又は縦じわ(有無)				
	潰瘍(有無)				
	爪の異常(有無)				
その他の検査					
全身的所見					
自覚的訴え					
参考事項					
③医師の診断					
健康診断を実施した医師の氏名　印					
④医師の意見					
意見を述べた医師の氏名　印					

備考

1　①の欄は、平成13年４月１日以後の実効線量の合計を記入すること。また、同欄の（　）内には平成13年３月31日以前の集積線量を記入すること。

2　②の欄は、本票記載の健康診断又は検査までの期間に採られた放射線に関する医学的処置及び就業上の措置について記入すること。

3　③の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

4　④の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。

様式第11号中「事業者氏名」を「事業者職氏名」に改め、同様式の次に次の１様式を加える。

様式第２号の２（第58条関係）（表面）

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

緊急時電離放射線健康診断結果報告書

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

受付印

労働基準監督署長　殿

折り曲げる場合は（◀）の所を谷に折り曲げること