様式第３号（第24条関係）（表面）

四アルキル鉛健康診断結果報告書

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

80304

ページ　総ページ

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）	在籍労働者数	人
事業場の名称		事業の種類	
事業場の所在地	郵便番号（　　） 電話　（　　）		

対象年	7：平成 9：令和 → 元号　年（　月～　月分）（報告　回目）	健診年月日	7：平成 9：令和 → 元号　年　月　日
健康診断実施機関の名称			
健康診断実施機関の所在地		受診労働者数	人
四アルキル鉛等業務名	四アルキル鉛等業務コード　具体的業務内容（　）	従事労働者数	人

	実施者数	有所見者数		
他覚所見	人	人	作業条件の調査人数	人
貧血検査	人	人	所見のあつた者の人数（他覚所見のみを除く。）	人
神経学的検査	人	人	医師の指示人数	人

		血液中の鉛の量	尿中のデルタアミノレブリン酸の量	赤血球中のプロトポルフィリンの量
実施者数		人	人	人
分布	1	人	人	人
	2	人	人	人
	3	人	人	人

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

労働基準監督署長殿

受付印