

### 定期健康診断結果報告書

80311

労働保険番号

対象年	7:平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (月~月分) (報告回数)	健診年月日	7:平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
健康診断実施機関の所在地	受診労働者数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(\*) 労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に従事する労働者数(右に詰めて記入する)

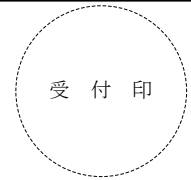
イ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	ロ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	ハ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	ニ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	ヒ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	計	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
ヘ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	ト	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	チ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	リ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	ヌ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人		
ル	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	レ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	ロ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	カ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人				

健康診断項目	検査内容	実施者数		有所見者数		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	
健康診断項目	聴力検査(オーゾオメーターによる検査)(1000Hz)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	肝機能検査	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	聴力検査(オーゾオメーターによる検査)(4000Hz)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	血中脂質検査	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	聴力検査(その他の方法による検査)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	血糖検査	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	胸部エックス線検査	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	尿検査(糖)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	かくだん 喀痰検査	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	尿検査(蛋白)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	心電図検査	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	貧血検査	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人			

所見のあった者の人数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	医師の指示人数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	歯科健診	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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  
 労働基準監督署長殿



(印)

折り曲げる場合は、この所を谷に折り曲げること