

報告義務者

常時50人以上の労働者を使用する事業者は、一般の定期健康診断、特定業務における定期健康診断、歯科医師による定期健康診断を実施したとき、所轄労働基準監督署長に提出しなければなりません。(労働安全衛生規則第52条)

〈対象年〉

報告対象とした健康診断の実施年を記入してください。
1年を通し順次健診を実施して、一定期間をまとめて報告する場合は、「対象年」の欄の(月～月分)にその期間を記入してください。

〈事業の種類〉

日本標準産業分類の中分類によって記入してください。

〈(※)〉

イ～カには、下記の特定業務に常時従事する労働者数を記入してください。
また、計にはイ～カの合計を記入してください。
なお、下記の業務に常時従事する労働者においては6か月以内ごとに1回、定期健康診断を実施する必要があります(この健康診断についても本報告書で報告してください)。

- イ 多量の高温物体を取り扱う業務及び著しく暑熱な場所における業務
- ロ 多量の低温物体を取り扱う業務及び著しく寒冷な場所における業務
- ハ ラジウム放射線、エックス線その他の有害放射線にさらされる業務
- ニ 土石、獣毛等のじんあい又は粉末を著しく飛散する場所における業務
- ホ 異常気圧下における業務
- ヘ さく岩機、鋳打機等の使用によって、身体に著しい振動を与える業務
- ト 重量物の取り扱い等重激な業務
- チ ボイラー製造等強烈な騒音を発する場所における業務
- リ 坑内における業務
- ヌ 深夜業を含む業務
- ル 水銀、砒素、黄りん、弗化水素、塩素、塩酸、硝酸、亜硫酸、硫酸、青酸、か性アルカリ、石炭酸その他これらに準ずる有害物を取り扱う業務
- ヲ 鉛、水銀、クロム、砒素、黄りん、弗化水素、塩素、塩酸、硝酸、亜硫酸、硫酸、一酸化炭素、二硫化炭素、青酸、ベンゼン、アニリン、その他これらに準ずる有害物のガス、蒸気又は粉じんを発散する場所における業務
- ワ 病原体によって汚染のおそれが著しい業務
- カ その他厚生労働大臣が定める業務

**定期健康診断結果報告書
記載要領**

様式第6号(第52条関係)(表面)

定期健康診断結果報告書

80311		労働保険番号	
対象年	7:平成	健診年月日	7:平成
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	※実施機関が多数の場合は別紙に記入の上		在籍労働者数
健康診断実施機関の所在地	報告書に添付していただいで構いません		受診労働者数
計			
健康診断項目	聴力検査(オージオメーターによる検査)(1000Hz)	実施者数	有所見者数
	聴力検査(オージオメーターによる検査)(1000Hz)	実施者数	有所見者数
	聴力検査(その他の方法による検査)	実施者数	有所見者数
	胸部エックス線検査	実施者数	有所見者数
	略談検査	実施者数	有所見者数
	血圧	実施者数	有所見者数
	貧血検査	実施者数	有所見者数
肝機能検査	実施者数	有所見者数	
血中脂質検査	実施者数	有所見者数	
血糖検査	実施者数	有所見者数	
尿検査(糖)	実施者数	有所見者数	
尿検査(蛋白)	実施者数	有所見者数	
心電図検査	実施者数	有所見者数	
所見のあった者の人数	医師の指示人数	歯科健診	実施者数
産業医	氏名 所属医療機関の名称及び所在地		

報告書部数

所轄労働基準監督署の提出分として1部、報告者の控え分として1部です。

〈健診年月日〉

本報告書に係る健康診断を実施した年月日を記入してください。
なお、健康診断を数回に分けて実施し、まとめて本報告書に記入する場合は、最終の健診年月日を記入してください。

〈在籍労働者数〉

本報告書に記入した「健診年月日」現在の常時使用する労働者数を記入してください。

〈受診労働者数〉

本報告書に記入した「健診年月日」現在の受診労働者数を記入してください

〈健康診断項目〉

項目ごとの健康診断の実施者数と、項目ごとの有所見者数を記入してください。
なお、法定の基準により、実施を省略することができる項目において、健診対象者がいない場合、記入は不要です。

〈所見のあった者の人数〉

各健康診断項目の有所見者の合計ではなく、「聴力検査(オージオメーターによる検査)(1000Hz)」から「心電図検査」までの健康診断項目のいずれかが有所見であった者の人数を記入してください。

〈医師の指示人数〉

「所見のあった者の人数」のうち、健康診断の結果、要医療、要精密検査等、医師による指示のあった者の人数を記入してください。

〈歯科健診〉

労働安全衛生規則第48条による歯科健診による健康診断を実施した場合は、その実施者数及び有所見者数を記入してください。

〈産業医〉

貴事業場で選任している産業医の氏名、所属医療機関名及びその所在地を記入し、当該産業医の確認印をもらってください。
産業医の所属医療機関以外の機関で健診を実施した場合も、貴事業場選任の産業医の確認印が必要です。

〈事業者職氏名〉

代表者職氏名の記入と代表者印の押印をお願いします。

報告等を行う職務権限が事業場の長に委譲されている場合には、法人代表者職氏名を記入した上で事業場等の長(支店長、営業所長等)職氏名印で報告することが出来ます(労働保険代理人は所管する法令が異なるため、労働保険代理人職氏名では報告出来ません)