

鉛
健康診断報告書
健康結果報告書
健康結果報告書
健康結果報告書

〈報告義務者〉
労働者を1人でも使用する事業者は、鉛健康診断(定期のものに限る。)を行ったときは、遅滞なく所轄労働基準監督署長に提出しなければなりません。(鉛中毒予防規則第55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。

〈鉛業務名〉
・本報告書裏面に記載されている別表1の該当するコードをすべて記入してください。
・具体的業務内容には、例えば、「鉛のライニング」、「鉛化合物を含有する絵具を用いた絵付け」等、具体的に記入してください。

〈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〉
・「赤血球中のプロトポルフィリンの量」については、医師が必要と認めた場合に行われる項目です。
・「分布」については、報告書裏面の別表2により記入してください。

〈産業医〉
・事業場選任の産業医に氏名の記載・押印若しくは署名をもらってください。
・当該産業医が医療機関に所属若しくは開業医の場合は、所属医療機関名及びその所在地も記入してください。
・常時使用する労働者数が50人未満により、産業医の選任義務がない事業場においては、空欄で構いません。なお、産業医の選任義務がある事業場で、なんらかの事情により、産業医が選任されていない場合においては、「未選任」と記入してください。
・他の医療機関での受診等、当該産業医が健診を実施していない場合も、当該産業医の氏名の記載・押印若しくは署名が必要です。

様式第3号(第55条関係)(表面) **鉛健康診断結果報告書**

標準工数
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ページ 総ページ

80303

労働保険番号	<input type="text"/>	在籍労働者数	<input type="text"/>
事業場の名称	事業の種類	※下記の「健診年月日」現在の在籍労働者数を記入してください。 ※日本標準産業分類の中分類によって記入してください。	
事業場の所在地	郵便番号()	電話()	
対象年	7: 年度 <input type="text"/> (月～月分)(報告 回目)	健診年月日	7: 年度 <input type="text"/>
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		
健康診断実施機関の所在地	報告書に添付していただいて構いません		受診労働者数 <input type="text"/>
鉛業務名	鉛業務コード	具体的業務内容	従事労働者数 <input type="text"/>
自覚症状	実施者数 <input type="text"/> 人	有所見者数 <input type="text"/> 人	作業条件の調査人数 <input type="text"/> 人
貧血検査	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	所見のあった者の人数 (自覚症状のみを除く。) <input type="text"/> 人
神経学的検査	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	医師の指示人数 <input type="text"/> 人
実施者数	血液中の鉛の量 <input type="text"/> 人	尿中のデルタアミノレブリン酸の量 <input type="text"/> 人	赤血球中のプロトポルフィリンの量 <input type="text"/> 人
分布	1 <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
	2 <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
	3 <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
産業医	氏名 <input type="text"/> 印		
	所属医療機関の名称及び所在地 <input type="text"/>		
	年 月 日 <input type="text"/>		
	事業者職氏名 <input type="text"/>		
	労働基準監督署長殿 <input type="text"/>		

〈ページ/総ページ〉
・鉛業務コード記載欄が不足する場合は報告用紙が複数枚になる場合に記入して下さい。なお、2ページ以降の報告書については、鉛業務コードのほか「労働保険番号」、「健診年月日」、及び「事業場の名称」欄を記入してください。

〈健診年月日〉
・一定期間に実施された健診をまとめて報告する場合には、報告日に最も近い検査年月日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。

〈従事労働者数〉
・本報告書に記入した「健診年月日」現在の有機溶剤業務に従事している労働者数を記入してください。

〈健康診断項目〉
自他覚所見: 全員必須
腎機能検査: 医師が必要と認める者
貧血検査: 医師が必要と認める者
神経学的検査: 医師が必要と認める者
作業条件の調査: 医師が必要と認める者

〈所見のあった者の人数〉
・各健診項目で、いずれかが有所見であった者の人数。ただし、一人で行くつかの検査において、有所見がある場合であっても一人とカウントします。

〈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。

〈事業者職氏名〉
本欄は、氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。なお、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(総務部長等)では報告出来ません)。