

電離放射線健康診断結果報告書を 労働基準監督署に必ず提出ください

労働安全衛生法令で規定されています

1 電離放射線健康診断は年2回行ってください

放射線業務（エックス線装置の使用の業務など労働安全衛生法施行令別表第2に掲げる放射線業務）に常時従事する労働者で管理区域に立ち入る方に対し、雇い入れ・配置替えの際とその後6か月以内ごとに1回、定期的に、次の項目について医師による健康診断を行わなければなりません。（電離放射線障害防止規則第56条）

- ① 被ばく歴の有無（被ばく歴を有する方は、作業の場所、内容と期間、放射線障害の有無、自覚症状の有無、その他放射線による被ばくに関する事項）
- ② 白血球数と白血球百分率の検査
- ③ 赤血球数の検査と血色素量の両方、またはヘマトクリット値の検査
- ④ 白内障に関する眼の検査
- ⑤ 皮膚の検査

※ 雇い入れ・配置替えの際の健康診断では、④の項目は使用する線源の種類等に応じて省略できます。

※ 6か月以内ごとに1回、定期に行う健康診断では、

- ・ 医師が必要でないと認めるときは、②から⑤までの項目の全部または一部を省略できます。
- ・ 健康診断を行おうとする日の属する年の前年1年間に受けた実効線量が5 mSvを超えず、かつ、健康診断を行おうとする日の属する1年間に受ける実効線量が5 mSvを超えるおそれがない方は、②から⑤までの項目は、医師が必要と認めないときには、行う必要はありません。

2 電離放射線健康診断結果報告書を提出ください

6か月以内ごとに1回の定期の電離放射線健康診断を行ったときは、遅滞なく、**電離放射線健康診断結果報告書（様式第2号）**を所轄労働基準監督署長に提出しなければなりません。（電離放射線障害防止規則第58条）

（参考）

令和3年4月1日から、電離放射線障害防止規則が改正され、眼の水晶体に受ける等価線量限度は、5年間で**100mSv**かつ1年間で**50mSv**となっています。

改正内容の詳細はこちら⇒



電離放射線健康診断結果報告書（様式第2号）

厚生労働省ホームページからダウンロードできます

電離健診 報告書

Q検索

様式第2号(第58条関係) (表面)

電離放射線健康診断結果報告書

標準字

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

健康保険 種別	80307	労働保 険番号		都道府県		市区町村		支庁番号		検査番号		統一労働者番号																													
対象 年	7:平成 9:令和		(月～月分)(報告 四日)	健診年月日		7:平成 9:令和																																			
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 及び所在地					在籍労働者数	人																																			
従事労働者数	男	女	計	録 取 の 注 意 点	健康コード	健康コード	健康コード																																		
有所見者数 (受診所見の内訳は裏面に 記入すること。)	男	女	計		具体的内容 ()																																				
実効線量による区分														臓の水晶体の等価線量による区分														皮膚の等価線量による区分													
受 診 者 数	1	検出限界 未満の者	男	女	計	1	検出限界 未満の者	男	女	計	1	検出限界 未満の者	男	女	計																										
	2	5ミリシー ベルト以下 の者(1を除 く)	男	女	計	2	20ミリシ ーベルト以 下の者(1を 除く)	男	女	計	3	150ミリ シーベルト 以下の者 (1を除く)	男	女	計																										
	3	5ミリシー ベルトを超 え20ミリ シーベルト 以下の者	男	女	計	4	20ミリシ ーベルトを 超え50ミ リシーベル ト以下の者	男	女	計	5	150ミリ シーベルト を超え500 ミリシーベ ルト以下の者	男	女	計																										
	4	20ミリシ ーベルトを 超え50ミ リシーベル ト以下の者	男	女	計	6	50ミリシ ーベルトを 超える者	男	女	計	7	500ミリ シーベルト を超える者	男	女	計																										
	5	50ミリシ ーベルトを 超える者	男	女	計																																				

ページ 1 / 2	産 業 医	氏 名 所属機関の 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

受 付 印

ご不明な点がございましたら、最寄りの労働局、労働基準監督署にお問い合わせください。