

事務連絡
令和3年8月26日

各 { 都道府県
保管所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課

放射線業務従事者等の健康管理等の徹底について

平素より厚生労働行政に格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

標記の件につきまして、労働安全衛生法及び電離放射線障害防止規則（昭和47年労働省令第41号。以下「電離則」という。）において、電離放射線健康診断の実施等、放射線業務従事者の健康管理に係る措置を講じることが事業者に義務付けられています。併せて、電離則第58条では、電離放射線健康診断結果報告書を所轄の労働基準監督署長に提出することが義務付けられておりますが、一部の病院又は診療所では、電離放射線健康診断結果報告書の提出が徹底されていないことが懸念されます。

このため、別添のリーフレットを配布する等により、貴管下の関係医療機関および関係団体等に対し、当該報告の義務を周知いただきますようご協力をお願いいたします。

また、放射線業務従事者等に係る健康管理の推進を図る観点から、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第30号）第30条の18第2項及び電離則第8条に基づく対象者に係る線量の適切な測定が引き続き重要となりますので、併せて周知いただきますようお願いいたします。

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、定期的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回の定期的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

検索

様式第2号(第58条関係) (表面)

標準字種

電離放射線健康診断結果報告書

検票種別 <input type="text" value="80307"/>	労働保険番号 <input type="text" value=""/>	都道府県 <input type="text" value=""/>	市区町村 <input type="text" value=""/>	支庁番号 <input type="text" value=""/>	社番号 <input type="text" value=""/>	第一号事業番号 <input type="text" value=""/>	
対象年 <input type="text" value="7"/> : 平成 <input type="text" value="9"/> : 令和	(月 ~ 月分) (報告 四日)	健診年月日	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	
事業の種類		事業場の名称					
事業場の所在地		郵便番号 ()					
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		検票の種別			
有所見者数 <small>(受診所見の内訳は裏面に記入すること。)</small>		男 女 計		検票コード <input type="text" value=""/>			
				具体的内容 ()			
		空気濃度による区分		水の結晶による区分		皮膚の等価線量による区分	
受診労働者数	1	検出限界未満の者	男 女 計	検出限界未満の者	男 女 計	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	20ミリシーベルト以下の者(1を除く)	男 女 計	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	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	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	50ミリシーベルトを超える者	男 女 計	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 <input type="text" value=""/> / 総ページ <input type="text" value=""/>	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



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。