附件4

职业健康检查信息报告卡

卡片序号 省（区、市） 地（市） 县 乡镇

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

**一、用人单位信息**

 1.单位名称： 2.组织机构代码□□□□□□□□-□

3.通讯地址： 4.邮编：

5.联系人： 6.电话：

7.经济类型：

8.行业：

9.企业规模： 1大型□ 2中型□ 3小型□ 4微型□ 5不详□

10.职工总人数\_\_\_\_\_\_\_\_ 其中，女工数

生产工人数\_\_\_\_\_\_\_\_ 其中，女生产工人数

接触有毒有害作业人数 其中，接触有毒有害作业女工人数

**二、职业健康检查情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职业性有害因素 | 体检类型\* | 接触人(次)数 | 应检人(次)数 | 实检人(次)数 | 疑似职业病人数 | 禁忌证人数 | 调离人数 | 体检日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**三、职业性有害因素检测情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职业性有害因素 | 工作场所 | 岗位/工种 | 浓度类型 | 浓度（强度）范围 | 检测时间 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表单位（签章）： 单位负责人： 填表人：

填表人联系电话： 填表日期： 年 月 日

填报说明: 1.由依法承担职业健康检查的医疗卫生机构填卡。

 2.本表统计范围为所有可能产生职业性有害因素的生产和工作的用人单位。

 3.依法承担职业健康检查的医疗卫生机构在给用人单位出具职业健康检查报告后15日内上报该卡，并应于每个季度结束前完成本季度数据的审核、确认上报。

 4.\*体检类型包括岗前、在岗、离岗。岗前职业健康检查填写实检人(次)数、禁忌证人数、疑似病人数（若有）；离岗职业健康检查填写实检人(次)数和疑似职业病人数。

5.“ 二、职业健康检查情况”和“三、职业性有害因素检测情况”所填职业性有害因素应对应。

6.同年度4月、7月、10月和下一年度1月10日之前完成上一个季度数据的汇总统计。