

国家卫生健康委办公厅关于规范做好职业 卫生放射卫生技术服务信息报送等 工作的通知

国卫办职健函〔2025〕150号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委，职业卫生中心，中国疾控中心：

新版《职业卫生技术服务信息报送卡》《放射卫生技术服务信息报送卡》已经国家统计局审核批准，将于2025年5月1日起实施。为规范做好职业卫生、放射卫生技术服务信息报送工作，依据《职业卫生技术服务机构管理办法》（国家卫生健康委令 第4号）、《国家卫生健康委关于印发全国卫生资源与医疗服务统计调查制度等八项统计调查制度的通知》（国卫规划函〔2025〕40号）等有关要求，现就有关事项通知如下：

一、做好宣传培训和告知工作

省级卫生健康行政部门应当于2025年4月30日前将本通知精神传达到辖区内各级卫生健康行政部门和各职业卫生、放射卫生技术服务机构，并对新版信息报送卡的新增内容、新的要求做好宣传培训，确保相关行政部门、技术服务机构全面知晓并准确掌握新政策新要求。职业卫生、放射卫

生技术服务信息报送工作依托的信息系统，名称由“职业卫生技术服务机构管理信息系统”变更为“全国职业卫生放射卫生技术服务机构管理信息系统”，登录网址不变，仍为<https://jsfw.zyjkfw.cn>。省级卫生健康行政部门要将该情况一并告知相关单位。

二、认真做好资质认可信息管理

一些省份存在未及时、准确填报职业卫生、放射卫生技术服务机构资质认可（延续、变更）信息等情况，影响技术服务信息报送管理工作规范有序开展。请各省级卫生健康行政部门自即日起开展自查工作，一查是否在作出资质认可决定后的 15 个工作日内填报了资质认可信息，二查机构基础信息（机构名称、法定代表人、注册地址、实验室地址等）、资质有效期、业务范围、技术服务检测项目及专业技术人员等信息是否准确、完整。自查存在问题的，应于 2025 年 4 月 30 日前完成整改并及时动态更新。自 2025 年 5 月 1 日起，类似相关问题一经发现，我委将采取约谈、通报等方式，督促相关单位改进工作。职业卫生、放射卫生技术服务机构在信息系统内如发现本机构相关信息存在错漏等情况，应及时联系省级卫生健康行政部门更正补全。

三、强化工作指导督促

职业卫生、放射卫生技术服务机构为职业卫生、放射卫生技术服务信息的责任报告人。各地应指导技术服务机构认真履行法定报告责任，按时准确报送职业卫生、放射卫生技术服务信息。要统筹用好信息数据智能比对、关联性延伸性监管等手段，依法纠正治理不报、迟报、瞒报技术服务信息等行为，确保实现《职业病防治机构提质合规行动（2024—2025年）工作方案》提出的目标。

四、优化信息报送相关服务

职业卫生、放射卫生技术服务信息，由“全国职业卫生放射卫生技术服务机构管理信息系统”采集，并推送给地方各级卫生健康行政部门使用。地方各级卫生健康行政部门不得要求职业卫生、放射卫生技术服务机构重复报送相关信息。其中，地方现有信息系统已归集职业卫生、放射卫生技术服务信息的，应将相关信息自动对接上传到国家信息系统，避免技术服务机构重复上报。

五、一体推进《职业卫生技术服务工作规范》宣贯实施

《职业卫生技术服务工作规范》（GBZ 331—2024）已于2024年5月9日发布，将于2025年5月1日起实施。《职业卫生技术服务机构工作规范》（安监总厅安健〔2014〕39号）、《职业卫生技术服务档案管理规范》（安监总厅安健〔2015〕93号）、《职业卫生技术服务机构检测工作规范》

(安监总厅安健〔2016〕9号)有关要求与该规范不一致的，以该规范为准。各省级卫生健康行政部门要结合实际大力宣传《职业卫生技术服务工作规范》，指导督促职业卫生技术服务机构学习掌握主要内容及工作要求，切实规范技术服务活动，准确填报职业卫生技术服务信息。

各地在执行过程中遇到问题，请及时报告我委。

联系人：职业健康司 郁晓霞

电 话：010-62030964

国家卫生健康委办公厅

2025年4月14日

(信息公开形式：主动公开)

附件：1. 职业卫生技术服务信息报送卡
2. 放射卫生技术服务信息报送卡

职业卫生技术服务信息报送卡

20__年

表号：卫健统 52 表
制定机关：国家卫生健康委
批准机关：国家统计局
批准文号：国统制[2025] 53 号
有效期至：2028 年 2 月

报告卡编码

一、机构信息			
机构名称		法定代表人（或主要负责人）	
注册地址		机构资质证书编号	
项目负责人		联系电话	
资质业务范围	<input type="checkbox"/> 采矿业， <input type="checkbox"/> 化工、石化及医药， <input type="checkbox"/> 冶金、建材， <input type="checkbox"/> 机械制造、电力、纺织、建筑和交通运输等行业领域， <input type="checkbox"/> 核设施， <input type="checkbox"/> 核技术工业应用。		
二、参与人员信息			
序号	姓名	承担的服务事项	
		<input type="checkbox"/> 现场调查 <input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
		<input type="checkbox"/> 现场调查 <input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
三、服务的用人单位信息			
单位名称		统一社会信用代码	
注册地址	____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）____乡（镇、街道）____号		
技术服务地址与注册地址不一致的请填写详细服务地址	1. ____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 2. ____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 3. ____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）。		
联系人		联系电话	
企业规模	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 小型 <input type="checkbox"/> 微型		
四、技术服务信息			
技术服务报告编号		出具技术服务报告时间	
技术服务领域	<input type="checkbox"/> 采矿业， <input type="checkbox"/> 化工、石化及医药， <input type="checkbox"/> 冶金、建材， <input type="checkbox"/> 机械制造、电力、纺织、建筑和交通运输等行业领域， <input type="checkbox"/> 核设施， <input type="checkbox"/> 核技术工业应用。		
现场调查时间		现场采样/检测时间	
技术服务结果	<input type="checkbox"/> 职业病危害因素检测	共检测岗位或工种数量____个，其中，职业病危害因素浓度/强度水平超标岗位或工种数量____个，超标危害因素类型： <input type="checkbox"/> 粉尘、 <input type="checkbox"/> 化学因素、 <input type="checkbox"/> 物理因素、 <input type="checkbox"/> 放射性因素、 <input type="checkbox"/> 生物因素、 <input type="checkbox"/> 其他因素。	
	<input type="checkbox"/> 职业病危害现状评价	共检测岗位或工种数量____个，其中，职业病危害因素浓度/强度水平超标岗位或工种数量____个，超标危害因素类型： <input type="checkbox"/> 粉尘、 <input type="checkbox"/> 化学因素、 <input type="checkbox"/> 物理因素、 <input type="checkbox"/> 放射性因素、 <input type="checkbox"/> 生物因素、 <input type="checkbox"/> 其他因素。	
	<input type="checkbox"/> 职业病防护设备设施与防护用品的效果评价	<input type="checkbox"/> 开展职业病防护设备设施防护效果检测，检测设备设施数量____台（套），检测结果不合格的设备设施数量____台（套），不合格的设备设施名称____。 <input type="checkbox"/> 开展职业病防护用品防护效果检测，检测防护用品数量____个（件），结果不合格的防护用品数量____个（件），不合格防护用品名称____。	

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. 由依法承担职业卫生技术服务的机构通过国家卫生健康委建立的信息系统填报该卡。

2. 机构应在出具职业卫生技术服务报告后 15 日内填报该卡信息。

3. 该卡需导出打印并加盖单位公章，与技术服务报告首页、签发页一并扫描后上传至信息系统。

4. 超标的主要判定依据：《工作场所有害因素职业接触限值 第 1 部分：化学有害因素》（GBZ 2.1）、

《工作场所有害因素职业接触限值 第 2 部分：物理因素》（GBZ 2.2）、《工业探伤放射防护标准》（GBZ 117）

等国家职业卫生标准和《电离辐射防护与辐射源安全基本标准》（GB 18871）。

放射卫生技术服务信息报送卡

20__年

表号：卫健统 53 表
制定机关：国家卫生健康委
批准机关：国家统计局
批准文号：国统制[2025] 53 号
有效期至：2028 年 2 月

报告卡编码

一、机构信息			
机构名称		法定代表人（或主要负责人）	
注册地址		机构资质证书编号	
项目负责人		联系电话	
资质业务范围	<input type="checkbox"/> 放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价（甲级 <input type="checkbox"/> 、乙级 <input type="checkbox"/> ）， <input type="checkbox"/> 放射卫生防护检测， <input type="checkbox"/> 个人剂量监测， <input type="checkbox"/> 放射防护器材和含放射性产品检测。		
二、参与人员信息			
序号	姓名	承担的服务事项	
		<input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
		<input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
三、服务的用人单位信息			
单位名称		统一社会信用代码	
注册地址	____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）____乡（镇、街道）____号		
技术服务地址与注册地址不一致的，请填写详细服务地址	1.____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 2.____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 3.____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）。		
联系人		联系电话	
服务单位类型	<input type="checkbox"/> 医疗机构（ <input type="checkbox"/> 综合性医院、 <input type="checkbox"/> 专科医院、 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构）， <input type="checkbox"/> 企业， <input type="checkbox"/> 其他单位。		
四、技术服务信息			
技术服务报告编号		出具技术服务报告时间	
技术服务领域	<input type="checkbox"/> 放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价， <input type="checkbox"/> 放射卫生防护检测（放射诊疗类型： <input type="checkbox"/> 放射治疗、 <input type="checkbox"/> 核医学、 <input type="checkbox"/> 介入放射学、 <input type="checkbox"/> X射线影像诊断）， <input type="checkbox"/> 个人剂量监测， <input type="checkbox"/> 放射防护器材和含放射性产品检测。		
现场采样时间		现场检测时间	
技术服务结果	<input type="checkbox"/> 放射卫生防护检测	<input type="checkbox"/> 开展放射诊疗工作场所放射防护检测，共检测点位____个，其中，超标点位____个，超标点位放射性危害类型： <input type="checkbox"/> Xγ射线、 <input type="checkbox"/> αβ表面污染、 <input type="checkbox"/> 中子、 <input type="checkbox"/> 电子射线、 <input type="checkbox"/> 质子、 <input type="checkbox"/> 重离子、 <input type="checkbox"/> 放射性气溶胶、 <input type="checkbox"/> 其他放射性因素。 <input type="checkbox"/> 开展放射诊疗设备质量控制检测（ <input type="checkbox"/> 验收检测、 <input type="checkbox"/> 状态检测），共检测设备台（套），其中，检测结果有一项以上指标不合格的设备____台（套）。	
	<input type="checkbox"/> 放射诊疗建设项目评价	<input type="checkbox"/> 预评价（剂量估算超标点位____个，超标点位放射性危害类型： <input type="checkbox"/> Xγ射线、 <input type="checkbox"/> αβ表面污染、 <input type="checkbox"/> 中子、 <input type="checkbox"/> 电子射线、 <input type="checkbox"/> 质子、 <input type="checkbox"/> 重离子、 <input type="checkbox"/> 放射性气溶胶、 <input type="checkbox"/> 其他放射性危害因素）。 <input type="checkbox"/> 控制效果评价（现场共检测点位____个，其中，超标点位____个，超标点位放射性危害类型： <input type="checkbox"/> Xγ射线、 <input type="checkbox"/> αβ表面污染、 <input type="checkbox"/> 中子、 <input type="checkbox"/> 电子射线、 <input type="checkbox"/> 质子、 <input type="checkbox"/> 重离子、 <input type="checkbox"/> 放射性气溶胶、 <input type="checkbox"/> 其他放射性危害因素）。	
	<input type="checkbox"/> 个人剂量监测	个人剂量监测人数____人，其中，5~20mSv____人，超过 20mSv____人。	
	<input type="checkbox"/> 放射防护器材和含放射性产品检测	<input type="checkbox"/> 开展放射防护器材检测，共检测样品数量____个，其中，超标样品数量____个，超标样品名称____。 <input type="checkbox"/> 开展含放射性产品检测，共检测样品数量____个，其中，超标样品数量____个，超标样品名称____。	

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. 由依法承担放射卫生技术服务的机构通过国家卫生健康委建立的信息系统填报该卡。
2. 机构应在出具放射卫生技术服务报告后 15 日内填报该卡信息。
3. 该卡需导出打印并加盖单位公章，与技术服务报告首页、签发页一并扫描后上传至信息系统。
4. 超标的主要判定依据：《电离辐射防护与辐射源安全基本标准》（GB 18871）和《核医学放射防护要求》（GBZ 120）、《放射治疗放射防护要求》（GBZ 121）、《放射诊断放射防护要求》（GBZ 130）等国家职业卫生标准以及《医用 X 射线诊断设备质量控制检测规范》（WS 76）、《正电子发射断层成像（PET）设备质量控制检测标准》等卫生行业标准。