

結核定期健康診断の実施は事業者・学校長・施設長の「義務」です。

結核に係る定期健康診断実施報告書

西宮市保健所長
感
健

FAX・郵送様式 見本

定期の
です。

報告年月日	令和 年 月 日(令和 年度分)	実施年月	令和 年 月 ~ 令和 年 月
実施義務者の名称		連絡先	担当者
実施義務者の所在地			電話番号
メールアドレス			
今後上記のメールアドレスに保健所からの通知等を送付してよろしいでしょうか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

	①医療機関	②介護老人 保健施設	③社会福祉施設	④学校	
	職員	職員	職員 入所者 (65歳以上)	職員	学生 (入学時)
対象者数 A ※全従業員数(パート含む)					
初回胸部エックス線撮影者数 F					
	内 間接撮影者数				
内 訳(再掲) 直接撮影者数(CR)					
要精密検査者数					
精密検査者数					
内 訳(再掲) 直接撮影者数(CT)					
	かくたん検査者数				
被発見者数	結核患者				
	結核発病のおそれがあると診断された者				
未受診者数(A-B)					
内 訳(再掲)	退職・休職				
	退学・休学				
	妊娠等				
	受診拒否				
	その他※ (理由と人数記載)				

公立・私立の小学校・中学校・高校・
大学・短大・専門学校・専修学校に
該当の施設は、
「④学校」の欄に実施者数の記入を
お願いします。
※小学校・中学校・・・職員のみ
※高校・大学・短大・専門学校・
専修学校・・・入学時の学生及び職員

該当箇所以外は「0」を記入し、空白の無いようお願いいたします。

※この報告には、定期健康診断(労働安全衛生法に基づく健康診断)や人間ドック等の健康診断を他で受け、その証明書等を実施者が確認した者を含めて記載してください。

【健診及び報告の義務がある施設一覧】

施設区分	実施義務者	対象者	健診実施回数
① 病院・診療所(医科・歯科)・助産所	事業所の長	「職員」	毎年度 もしくは 入学 年度
② 介護老人保健施設	事業所の長	「職員」	
③ 社会福祉施設	「職員」:事業所の長 「入所者」:施設の長	「職員」及び「65歳以上の入所者」	
④ 小学校・中学校 等	事業所の長	「職員」	
④ 大学(短期大学含む)・高等学校・ 高等専門学校・専修学校又は各種学校	「職員」:事業所の長 「学生」:施設の長	「職員」及び「本年度入学した学生」	

保健所受付印

--

提出先:西宮市保健所 FAX:0798-33-1174