

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

感染症
健康

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 B | | | | | |
| 内 間接撮影者数 | | | | | |
| 内 直接撮影者数(CR含む) | | | | | |
| 要精密検査者数 | | | | | |
| 精密検査者数 | | | | | |
| 内 直接撮影者数(CT含む) | | | | | |
| 内 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 退職・休職 | | | | | |
| 内 退学・休学 | | | | | |
| 内 妊娠等 | | | | | |
| 内 受診拒否 | | | | | |
| 内 その他※ (理由と人数記載) | | | | | |

病院、診療所(医科、歯科)、助産所に該当する施設は、「①医療機関」の欄に実施者数の記入をお願いします。

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」 | |
| | 「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