

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  
健康課

# 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<br>入所者<br>(65歳以上) | 職員  | 学生<br>(入学時) |
| 対象者数 A<br>※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<br>訳(再掲)<br>間接撮影者数            |       |           |                      |     |             |
| 内<br>訳(再掲)<br>直接撮影者数(CR含む)      |       |           |                      |     |             |
| 要精密検査者数                         |       |           |                      |     |             |
| 精密検査者数                          |       |           |                      |     |             |
| 内<br>訳(再掲)<br>直接撮影者数(CT含む)      |       |           |                      |     |             |
| 内<br>訳(再掲)<br>かくたん検査者数          |       |           |                      |     |             |
| 被発見者数<br>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<br>訳(再掲)<br>退職・休職             |       |           |                      |     |             |
| 内<br>訳(再掲)<br>退学・休学             |       |           |                      |     |             |
| 内<br>訳(再掲)<br>妊娠等               |       |           |                      |     |             |
| 内<br>訳(再掲)<br>受診拒否              |       |           |                      |     |             |
| 内<br>訳(再掲)<br>その他※<br>(理由と人数記載) |       |           |                      |     |             |

介護老人保健施設に  
該当する施設は、  
「②介護老人保健施設」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<br>もしくは<br>入学<br>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<br>「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・<br>高等専門学校・専修学校又は各種学校 | 「職員」:事業所の長<br>「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