

結核定期健康診断報告書

(宛先) 金沢市保健所長

報告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*実施者の種別ごとに、もれなく記入してください。

事業所等の名称・所在地	
実施者名	
実施者の種別(対象者) ※裏面表1参照	1. 事業者(従事者) 2. 学校長(学生又は生徒) 3. 施設の長(入所者、収容者)
対象者数	人 年度内に結核定期健康診断を受けなければならない対象者全員の数(妊娠中、育休中、長期病休中等を含む。)

実施年月 _____ 年 _____ 月

受診者数	人	同一の者が間接撮影・直接撮影の両方を受けた場合は、間接撮影者数のみに計上してください。
間接撮影者数	人	検診車等で間接胸部X線撮影を受けた人数を計上してください。
直接撮影者数	人	直接胸部X線撮影を受けた人数を計上してください。
【別掲】 喀痰(かくたん)検査	人	結核の喀痰検査を受けた人数を計上してください。
被 発 見 者 数	結核患者	人 健康診断の結果、治療の必要な結核患者が発見された人数を計上してください。
	結核発病のおそれがあると診断されたもの	人 健康診断の結果、要観察(結核治療の必要はない)と診断された人数を計上してください。
備考		

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

健康診断の実施者は、対象者(裏面表1参照)の健康診断を実施した場合、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の7及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第27条の5の規定に基づき、結核に関する事項(胸部X線撮影数等)をこの用紙に記入し、1か月ごとに取りまとめ、翌月の10日までに金沢市保健所へ報告してください。

この報告には、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の4又は第53条の5の規定による診断書その他の文書を提出した者の人数も含めて計上してください。

なお、対象者以外の方が受診した健康診断の報告は不要です。

《提出先及び問い合わせ先》

〒920-8533 金沢市西念3丁目4番25号
金沢市保健所 地域保健課 結核定期健康診断報告書担当
FAX 076-234-5104 TEL 076-234-5102(代表)