

記載例

足立保健所感染症対策課事業調整係行 (FAX: 3880-5371)

用紙をコピーし、年に1回報告してください。(毎年3月末日最終締切)

結核定期健康診断実施報告書 (令和 7 年度実施分)

報告日: 令和 7 年 11 月 20 日

施設名	〇〇クリニック
所在地	足立区千住1-1-1
管理者名	院長 足立 太郎
電話番号	03-0000-0000
FAX	03-0000-0000
提出担当者	医事課 〇〇
足立区医師会もしくは足立区歯科医師会への加入	
有 ・ 無	

胸部エックス線検査は
必須です。
従事者数・入所者数等と
同じ数にならない場合は、
③未受診の理由を記載して
ください。

① 職員・従事者 (全施設)

※受診を個人に任せている場合でも施設として受診結果を

すべての施設で
ご記入ください。

11月実施

従事者数 (管理者・非常勤・パート含む/休職者・退職者は除く)		10 名
受診者数	胸部X線検査受診者数 (個人で受診した分も含めて)	直接撮影 8 名
		間接撮影 0 名
	喀痰検査受診者数 (必要があり排菌の確認を行った人数)	0 名
		IGRA 検査受診者数
	T-SPOT 0 名	
結果	結核患者数 (結核を発病している方)	0 名
	潜在性結核患者数 (結核に感染している方)	0 名
	経過観察が必要とされた方	0 名

学校・社会福祉施設は
こちらにもご記入ください。

② 学生・生徒・入所者 (学校および社会福祉施設)

新入学生数 (学校)、65 歳以上入所者数 (社会福祉施設)		0 名
受診者数	胸部X線検査受診者数 (個人で受診した分も含めて)	直接撮影 0 名
		間接撮影 0 名
	喀痰検査受診者数 (必要があり排菌の確認を行った人数)	0 名
		IGRA 検査受診者数
	T-SPOT 0 名	
結果	結核患者数 (結核を発病している方)	0 名
	潜在性結核患者数 (結核に感染している方)	0 名
	経過観察が必要とされた方	0 名

未受診者がいる医療機関および施設等は
こちらを必ずご記入ください。

③ 未受診の理由 (未受診者がいる施設のみ)

- ☒ 妊娠のため (1 名)
- ☒ (11) 月に受診予定 (4) 人
- ☒ その他 ()

※他の健診で胸部レントゲン検査受診済みの方の人数は、受診者数に含めてください。