

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 (平成 30 年度実施分)

報告日: 令和 元 年 5 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) 令和 元 年 5 月 施
 ※受診を個人に任せている場合でも施設 報告ください

すべての施設で
ご記入ください。

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|----------|
| 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 |
| 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 | |

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のみ)

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------|
| 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 |
| 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 |

未受診者がいる施設
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)
 その他 (〇月に受診予定1名)

※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。