

結  
ま

## FAX・郵送様式 見本

## 結核に係る定期健康診断実施報告書

西宮市保健所長 様

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2の規定により、定期の健康診断を実施しましたので、同法第53条の7の規定に基づいて下記のとおり報告します。

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

|                         | 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<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                  | 間接撮影者数        |           |            |         |         |     |  |
|                         | 訳(再掲)              | 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)  |           |            |         |         |     |  |
|                         | 訳(再掲)              | 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         |           |            |         |         |     |  |
|                         | 訳(再掲)              | 退学・休学         |           |            |         |         |     |  |
|                         |                    | 妊娠等           |           |            |         |         |     |  |
|                         |                    | 受診拒否          |           |            |         |         |     |  |
|                         |                    | その他※(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「○」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<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・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