

結
核
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 ※全従業員数(パート含む)								
初回胸部エックス線撮影者数 B	病院、診療所(医科、歯科)、助産所に 該当する施設は、 「①医療機関」の欄に実施者数の 記入をお願いします。							
	内 訳 (再掲)	間接撮影者数						
		直接撮影者数(CR含む)						
要精密検査者数								
精密検査者数								
	内 訳 (再掲)	直接撮影者数(CT含む)						
		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 訳 (再掲)	退職・休職						
		退学・休学						
		妊娠等						
		受診拒否						
	その他※ (理由と人数記載)							

該当箇所以外は「〇」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 「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」	
	「職員」:事業所の長 「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