

FAX・郵送様式 見本

結核に係る健康診断報告書

西宮市保健所長 様
 感染
 健

特別養護老人ホームに該当する施設は、
「①医療機関」、「③社会福祉施設」の
 両方の欄に記入が必要です。

※ 特別養護老人ホームの診療所で主に従事されている職員は
「①医療機関」の欄に記入してください。

※ 特別養護老人ホームの65歳以上入居者と職員は
「③社会福祉施設」の欄に記入してください

報告年月日	年 月
実施義務者の名称	
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	内 間 接 撮 影 者 数							
	内 記 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)							
	内 記 か ぐ 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							
	内 退 学 ・ 休 学							
	内 妊 娠 等							
	内 受 診 拒 否							
	内 其 他 ※ (理由と人数記載)							

該
 当
 箇
 所
 以

軽費老人ホーム
 ケアハウス、
 障害者支援施設、
 救護施設、
 養護老人ホーム
 に該当する施設は、
「③社会福祉施設」
 の欄に実施者数(65歳以上
 の入所者と職員)の記入
 をお願いします。

よ
 う
 お
 願
 い
 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」	
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 「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