

山武保健所 健康生活支援課行き FAX : 0475-52-0274

感染症結核定期健康診断報告書

山武保健所長 様

報告年月日： 令和 年 月 日

実施日： 令和 年 月 日

報告責任者

事業所等の名称				
所在地				
	電話	FAX		
管理者名				
	① 事業所	② 学校	③ 施設	備考
	小学校・中学校・高等学校・特別支援学校・職業訓練校・専修学校・大学・病院・診療所・助産所・介護老人保健施設・養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・身体障害者療護施設・身体障害者福祉ホーム等で業務に従事する者毎年度に1回行う。	大学・高等学校・特別支援学校(高等部1年)・職業訓練校・専修学校の学生又は生徒で入学した年に1回行う。ただし修業年限が1年未満のものは対象となりません。	養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・身体障害者療護施設・身体障害者福祉ホーム等に65才以上で入所している者毎年度に1回行う。	
対象者数				
間接X線検査数				
直接X線検査数				
喀痰検査者数				
結核患者数				
結核発病のおそれがあると診断された者				

※ 毎年報告してください。

※ ① ③の従事者はハイリスクグループとしての扱いです。
(発病した場合他に感染させる恐れが多い)

※ 他の検診等(人間ドック・住民健診)で実施した者も記入してください。

※ 備考欄には、長期休暇中・妊娠中の人数等を書き込んでください。
(できるだけ、対象者全員の結果が出揃ってからの報告をお願いします)