

## 定期健康診断実施報告書(結核) (令和 年度実施分)

台東保健所長 殿

実施日 年 月 日 報告日 年 月 日

|       |        |       |
|-------|--------|-------|
| 医療機関名 |        |       |
| 所在地   |        |       |
| 連絡先   | 電話番号 : | 担当者 : |

| 区 分           |                            | 人 数 |
|---------------|----------------------------|-----|
| 健診対象者数 (従事者数) |                            | 名   |
| 注1            |                            |     |
| 胸部エックス線検査受診者数 |                            | 名   |
| 注2            |                            |     |
| 精密検査<br>追加検査  | かくたん検査受診者数                 | 名   |
|               | 上記以外の追加検査 (検査名 : ) 注3      | 名   |
| 患者発見数         |                            | 名   |
| 上記のうち         | 結核患者 (結核を発病している方)          | 名   |
|               | 潜在性結核患者 (結核に感染している方)       | 名   |
|               | 要経過観察 (結核発病のおそれがあると診断された方) | 名   |

| 未受診理由 ※胸部エックス線検査の未受診者がいる場合は、未受診理由をご明らかに記載してください。 |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中                     | 名 ※その他に該当する場合には詳細理由をご記入ください。 |
| <input type="checkbox"/> 休職中                     | 名                            |
| <input type="checkbox"/> その他                     | 名                            |

## 記入上の注意事項

- 注1 : 健診対象者は、管理者および雇用する従事者、非常勤、アルバイト等など医療機関で働くすべての人が対象です。
- 注2 : 胸部エックス線検査は、受診必須項目となります。未受診の場合には未受診理由の欄もご記入ください。  
また、職場健診以外の他の機関で健診を受けた場合も計上してください。延べ人数ではなく、実人数を記入してください。
- 注3 : 精密検査・追加検査は、医師が必要と判断した場合にのみ実施されるものであり、受診の際には計上してください。  
かくたん検査(喀痰検査)以外の検査には、CT検査・QFT血液検査等があります。

FAX の場合はこのまま下記へ送信してください。

FAX : 03-3847-9424

報告先・お問合せ先 〒110-0015 台東区東上野 4-22-8

台東保健所 保健予防課 感染症対策担当

TEL:03-3847-9476