

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 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、アルバイトなど医療機関で働くすべての人が対象です。
- 注2 : 胸部X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