

結核定期健康診断実施報告書		社会福祉施設用			
横浜市保健所長		実施月 _____ 年 _____ 月			
		提出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
		担当者名 _____			
		電話番号 _____			
事業所	名称				
	所在地				
実施者名 (学校長・施設長・理事長等)					
実施者種別	実施者	事業者	学校の長	施設の長	
	対象者	従事者 (※1)	今年度入学した 学生・生徒 (※2)	刑事施設 収容者 (20歳以上)	社会福祉施設 入所者 (65歳以上)
対象者数 (※3)					
受診者数 (※4)					
検査方法別 受診者数 (内訳)	間接撮影				
	直接撮影 (デジタル撮影含む)				
	喀痰検査				
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 (内訳)	退職・病気休暇等				
	妊娠中、 産休・育休中等				
	受診勧奨中				
	その他 (理由も記入)				

記入上の注意

- ※1 事業所従業員、教職員、施設職員等、業務に従事する者
- ※2 大学、高等学校、高等専門学校、専修学校、各種学校（修業年限が1年未満のものを除く）の学生・生徒
- ※3 健康診断実施月の人数
- ※4 定期の健康診断を受けた者の他、がん検診や人間ドック等で健康診断を受け、診断書等を実施者に提出した者も含む。
但し、受診結果の報告がない場合は未受診とし、備考欄にその旨を記入すること。

※提出先：所在地の区役所（区福祉保健センター健康づくり係）