

結核定期健康診断実施報告書

(介護老人保健施設)

(あて先) 甲 府 市 長
(甲府市保健所長経由)

令和 年 4 月 1 日 ～ 令和 年 3 月 3 1 日 実施分

報告年月日 年 月 日

担当者名 _____

施設名	
所在地 電話番号	

		従事者	記載上の注意
対象者数			正規、非正規を問わず、職務に従事した職員の数を計上。
健康診断	間接撮影者数		
	直接撮影者数		
	喀痰検査者数		レントゲン検査にて異常があり、発病の確認のため検査した数を計上。
	その他検査		CT検査を実施し、レントゲン検査を省略した場合は計上。
未受診理由	他の健康診断を受診したため		※その他の理由を記載
	疾病その他やむを得ない事故のため		
	その他※		
被発見者数 (再掲)	結核患者		定期健診で肺の異常を発見し、精密検査にて結核と判明した数を計上。
	結核発病のおそれがあると診断された者		肺の精密検査の対象者数を記入。

『対象者数』と同じになること