

# 結核定期健康診断実施報告書

## (各種施設)

(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		<div style="text-align: center;">施設の種別</div> <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者支援施設
所在地 電話番号		

		従事者	入所者 (65歳以上)	記載上の注意
対象者数				従事者は正規、非正規を問わず職員数を計上
健康診断	間接撮影者数			
	直接撮影者数			
	喀痰検査者数			精密検査対象者が喀痰検査を実施したら計上
	その他検査			CT検査のみ実施した場合は計上
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			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を計上

『対象者数』と同じになること