

様式 2-4 施設の長用（社会福祉施設）

あて先：秋田県北秋田地域振興局大館福祉環境部 健康・予防課 健康・予防班
 FAX 0186-52-3911 TEL 0186-52-3952、3955

結核定期健康診断月報の実施報告について

健診実施年月：

報告年月日：

報告者名：

機関名 所在地 電話番号						
健診項目		対象者	職員 (人)	65歳以上の 入所者 (人)	未受診者数・理由 (例) 未受診○人 理由：妊娠(○人)等	
					職員	入所者
一次 検査	間接撮影	対象者数				
		受診者数				
	直接撮影 ※1	対象者数				
		受診者数				
	喀痰検査 (塗抹・培養) ※2	対象者数				
		受診者数				
精密 検査	喀痰検査 (塗抹・培養)	対象者数				
		受診者数				
	直接撮影	対象者数				
		受診者数				
結果	結核患者					
	潜在性結核感染症					
	結核発病の おそれある者					

※1 人間ドックや医療機関受診中などの理由により、定期健康診断を受診しない場合は、その人数を直接撮影の対象者数・受診者数に計上してください。

※2 寝たきり等の理由により胸部レントゲン検査の実施ができず、喀痰検査を行った場合に計上してください。

◎定期結核健康診断を実施した際は、翌月の10日頃までに報告してください。