

FAX送信先：由利本荘保健所 健康・予防課（0184-22-6291）

様式第2-3号 施設の長用（社会福祉施設）

結核定期健康診断月報の実施報告

健診実施年月： ～

報告年月日：

報告者名：

施設の名称						
所在地						
電話番号						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>対象者</div> <div>健診項目</div> </div>			職員	65歳以上の入所者	備考 (例) 未受診○人 理由：産休○人等	
					職員	65歳以上の入所者
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				
精密検査	喀痰検査 (塗抹・培養) ※2	対象者数			塗抹陰性 名	塗抹陰性 名
		受診者数			塗抹陽性 名	塗抹陽性 名
	直接撮影				培養陰性 名	培養陰性 名
					培養陽性 名	培養陽性 名
		対象者数				
		受診者数				
結果 (被発見者)	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受診中の理由で定期健康診断受診しなかった場合は直接撮影の対象者数・受診者数に計上してください。

※2 寝たきり等で胸部レントゲン検査が実施できず、喀痰検査を行った場合は計上してください。

◎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。