

さいたま市保健所 疾病予防対策課 行
FAX : 048-840-2230
Eメール : shippei-yobo@city.saitama.lg.jp

※記入については別紙参照

結核健康診断結果報告書

(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の7)

(あて先) さいたま市長

実施年月 年 月
報告年月日 年 月 日

事業所等の名称			
所在地	〒 さいたま市		
代表者名		代表者役職	
連絡先	TEL ()	担当者名	
メールアドレス			
実施者区分 ※該当番号に○	①	病院、診療所、助産所（歯科を含む）	
	②	小学校・中学校・義務教育学校・中等教育学校・特別支援学校	
	③	大学・短期大学・高等学校・高等専門学校・専修学校・各種学校	
	④	介護老人保健施設	
	⑤	社会福祉法第2条第2項第1号及び第3号から第6号までに規定する施設	
	⑥	刑事施設	

対象者区分	報告対象者		備考
	(1)業務従事者	(2)学生・入居者・収容者	
対象者数	名	名	結核健診の対象者の数
胸部X線検査受診者	直接撮影者数	名	名 直接撮影で受診した者の数
	間接撮影者数	名	名 間接撮影で受診した者の数
<small>かくたん</small> 喀痰検査者数	名	名	結核健診以外を目的とした喀痰検査を実施した場合は計上しないこと
発見数	結核発病の疑い者数	名	名 定期的に医師の観察、指導を必要とする者の数
	結核患者発見数	名	名 治療の必要な結核患者の数
健康診断の未受診者の理由	・年度中受診予定 () 名 ・妊娠中等 () 名 ・受診勧奨中 () 名 ・その他 理由: () 名		・転出等 () 名 ・他で実施 () 名

※事業者（健康診断実施者）は、毎年度1回、結核健康診断を実施し、取りまとめた結果を本報告書により、ご報告ください。報告期限は、各年度の3月31日までとなります。