

結核定期健康診断実施報告書

学校 記載例

(あて先)福岡市長(保健所経由)

《提出先》
FAX 092-406-5075
住所 〒810-0073 福岡市中央区舞鶴 2-5-1
宛先 福岡市保健所感染症対策課 結核担当

実施年月 R7 年 7 月

報告年月日 R7 年 11 月 1 日

※実施した年度の3月末までにご提出ください。
(例)令和7年度実施：令和8年3月末までに提出

事業所・学校・施設等の名称	〇〇〇〇高等学校
所在地	福岡市早良区〇〇 〇-〇〇-〇
連絡先	092-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇
種 別	1. 事業者 2. 学校長 3. 施設の長 4. 市町村長

チェックをお願いします。
☐ 今後の連絡先として登録が可能であればチェックしてください。

職員：事業者 生徒：学校長 に○をつけてください。

実施内容

		事業所	学校	施設
対象者数＝直接撮影者数 ＋ 未受診者内訳の計となるように記載してください。		非常勤、を含む)	学生・生徒	入所者
対 象 者 数		50	1000	
直接(デジタル・フィルム)撮影者数		47	985	
発見された結核患者の数		0	0	
結核発病の恐れがあると診断された者の数		0	5	
未受診者内訳	妊娠(可能性も含む)	2	0	
	休業・休学中	0	5	
	年度内受診予定	1	8	
	その他理由(体調不良)	0	2	

必ず記載をお願いします。
該当なければ「0」と記載してください。

※間接撮影の場合はお問い合わせください。(TEL:092-791-7096)

<記入上の注意>

- 「事業実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。
- 対象者 (※(2)及び(3)は、感染症法に基づく福岡市結核予防費補助金の対象です)
 - 事業所 学校(専修学校及び各種学校を含み、幼稚園を除く。), 病院, 診療所, 助産所, 介護老人保健施設又は刑事施設, 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において業務に従事する者全て(パート等を含む)
 - 学 校 大学, 高等学校, 高等専門学校, 専修学校又は各種学校(修業年限が1年未満の者を除く。)の学生又は生徒で入学した年度の者
 - 施 設 刑事施設に収容されている年度内20歳以上の者及び社会福祉法第2条第2項第1号及び第3号から第6号に規定する施設に入所している年度内65歳以上の者