

結核定期健康診断実施報告書

(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 年 月

報告年月日 年 月 日

事業所・学校・施設等の名称	
所在地	
連絡先	(担当者:)
メールアドレス	☐ 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。
種 別	1. 事業者 2. 学校長 3. 施設の長 4. 市町村長

実施内容

	事業所	学校	施設
	職員(常勤、非常勤、パート等を含む)	学生・生徒	入所者
対 象 者 数			
直接(デジタル・フィルム)撮影者数			
発見された結核患者の数			
結核発病の恐れがあると診断された者の数			
未受診者内訳	妊娠(可能性も含む)		
	休業・休学中		
	年度内受診予定		
	その他理由()		

※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>

- 1 「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。
- 2 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)

(1) 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)

(2) 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

(3) 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