

結核定期健康診断

施設（介護老人保健施設以外）
刑事施設 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	特別養護老人ホーム ○○○○
所在地	福岡市博多区○○ ○-○○-○○
連絡先	092-○○○-○○○○
メールアドレス	○○○○○○○○○@○○○○○
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。

実施内容 職員：事業者 入所者：施設の長 に○をつけてください。

		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		120
直接(デジタル・フィルム)撮影者数		47		108
発見された結核患者の数		0		1
結核発病の恐れがあると診断された者の数		0		3
未受診者内訳	妊娠(可能性も含む)	2		0
	休業・休学中	0		0
	年度内受診予定	1		9
	その他理由(医療機関で実施)	0		3

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＞

- 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