

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

			届 出 番 号		保 0 3 8						
届 出 年 月 日		平成 1 7 年 1 0 月 3 日		変 更 年 月 日		平成 3 1 年 4 月 1 日		廃 止 年 月 日			
事 務 の 名 称		一般防疫									
事務を所掌する		事 務 担 当 課		各区保健福祉センター健康課、環境局保健環境研究所、保健福祉局保健予防課							
		届 出 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課							
組 織 の 名 称		事 務 の 区 分		共通・固有							
事 務 の 目 的		感染症の予防、まん延防止のため									
事 務 の 概 要		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に基づいて行う感染症対策									
個人情報の 記 録 項 目		基 本 的 事 項		心 身 の 状 況		思想・信条・宗教等		家 庭 生 活		社 会 生 活	
		<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭状況 <input checked="" type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 職業・職歴 <input checked="" type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
個人情報に係る 本人の範囲		感染者及びその家族、感染者の接触者、検査希望者									
収 集 先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔家族、医療機関〕									
収 集 方 法		感染者及びその家族からの聞き取り 検査希望者からの聞き取り									
経 常 的 な 利用の範囲・ 提 供 先		<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input checked="" type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：保健福祉局生活衛生部食品安全推進課、各区保健福祉センター衛生課〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：、〕 <input checked="" type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕									
個人情報の 処 理 形 態		<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有〔相手方： 〕 <input checked="" type="checkbox"/> 無									
主 な 公 文 書 の 名 称		一類感染症、二類感染症及び三類感染症発生届出票									
		四類感染症発生届出票									
		検査依頼書									
閲 覧 等 の 制 度		【公文書の名称】									
		【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止									
		【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔 〕									
		【根拠法令等】									
備 考		変更年月日：平成25年4月1日      変更項目：届出担当課（部名） 変更年月日：平成31年4月1日      変更項目：個人情報に係る本人の範囲・収集方法（追記）									

		届出番号		保040	
届出年月日		平成17年10月3日		変更年月日	
事務の名称		風しん抗体検査		平成31年4月1日	
事務を所掌する		事務担当課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
		届出担当課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
組織の名称		事務の区分		共通・固有	
事務の目的		先天性風しん症候群の防止			
事務の概要		次のいずれかに該当する福岡市民を対象として、風しん抗体価の検査を医療機関において実施する。また、必要な人には予防接種を勧奨する。 ①妊娠を希望する女性（妊婦を除く）、②妊娠を希望する女性の配偶者、パートナー、同居者③妊婦の配偶者、パートナー、同居者 ※ただし、すでに抗体価の高いものは除く。			
個人情報 の 記 録 項 目		基本的事項		心身の状況	
		思想・信条・宗教等		家庭生活	
社会生活		職業・職歴		職業・職歴	
		学業・学歴		学業・学歴	
		資格		資格	
		賞罰		賞罰	
		趣味		趣味	
		成績・評価		成績・評価	
		財産・収入		財産・収入	
		納税状況		納税状況	
		公的扶助		公的扶助	
		その他		その他	
個人情報に係る本人の範囲		風しん抗体検査の申込者			
収集先		<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体			
収集方法		検査問診票			
経常的な利用の範囲・提供先		<input checked="" type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課：] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課：] <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
個人情報の処理形態		<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方：] <input type="checkbox"/> 無			
主な公文書の名称		検査申込書			
閲覧等の制度		【公文書の名称】 【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示 ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止 【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ] 【根拠法令等】			
備考		変更年月日：平成25年4月1日 変更項目：届出担当課（部名） 変更年月日：平成25年7月16日 変更項目：事務の概要 変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：事務の概要 変更年月日：平成31年4月1日 変更項目：組織名称、事務の概要、記録項目、収集先、収集方法、主な公文書の名称			

		届出番号		保〇４１	
届出年月日	平成１７年１０月３日	変更年月日	平成２５年４月１日	廃止年月日	
事務の名称	肝炎ウイルス検査				
事務を所掌する組織の名称	事務担当課	各区保健福祉センター健康課、環境局保健環境研究所			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
事務の目的	事務の区分	共通・固有			
事務の概要	肝炎ウイルス検査を広く呼びかけ、早期治療を行うことにより、肝炎ウイルスによる死亡を減らしていく。				
個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活
	<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
個人情報に係る本人の範囲	肝炎ウイルス検査申込者				
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
収集方法	検査依頼書				
経常的な利用の範囲・提供先	<input checked="" type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課： ] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課： ] <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有    [相手方： ] <input type="checkbox"/> 無				
主な公文書の名称	検査依頼書				
閲覧等の制度	【公文書の名称】				
	【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示    ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止				
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ]				
備考	【根拠法令等】				
備考	変更年月日：平成25年4月1日    変更項目：届出担当課（部名）				

		届 出 番 号		保 0 4 2	
届 出 年 月 日		平成17年10月3日		変 更 年 月 日	
事 務 の 名 称		感染症医療			
事務を所掌する		事 務 担 当 課		区保健福祉センター健康課、保健福祉局健康医療部保健予防課	
		届 出 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
組 織 の 名 称		事 務 の 区 分		共通・固有	
事 務 の 目 的		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に基づき、入院医療費を公費負担する。			
事 務 の 概 要		感染症のまん延防止のため感染症指定医療機関への入院勧告を行った患者の入院医療費を公費負担する。			
個 人 情 報 の 記 録 項 目		基 本 的 事 項		心 身 の 状 況	
		<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		思想・信条・宗教等		家 庭 生 活	
		<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				社 会 生 活	
				<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input checked="" type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
個人情報に係る本人の範囲		感染症指定医療機関への入院勧告を行った患者及びその家族			
収 集 先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体			
収 集 方 法		申請書			
経 常 的 な 利用の範囲・ 提 供 先		<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔国立病院機構福岡東医療センター、国立病院機構九州医療センター、福岡市立病院機構福岡市民病院、日本赤十字社福岡赤十字病院〕			
個 人 情 報 の 処 理 形 態		<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有〔相手方：〕 <input type="checkbox"/> 無			
主 な 公 文 書 の 名 称		感染症患者医療費公費負担申請書    			
関 覧 等 の 制 度		【公文書の名称】  【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止 【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔 〕 【根拠法令等】			
備 考		変更年月日：平成25年4月1日 変更項目：事務担当課・届出担当課（部名） 変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：経常的な利用の範囲・提供先			

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

				届 出 番 号	保 0 4 3		
届 出 年 月 日	平成 1 7 年 1 0 月 3 日		変 更 年 月 日	平成 2 5 年 4 月 1 日		廃 止 年 月 日	
事 務 の 名 称	環境保健サーベイランス調査事業						
事務を所掌する	事 務 担 当 課	保健福祉局健康医療部保健予防課					
	届 出 担 当 課	保健福祉局健康医療部保健予防課					
組 織 の 名 称	事 務 の 区 分	共 通 ・ 固 有					
事 務 の 目 的	地域人口集団の健康状態と大気汚染との関係を定期的・継続的に観察し、必要に応じて所要の措置を講ずる。						
事 務 の 概 要	南区の3歳児健診対象者の保護者にアンケート用紙を郵送し、健診時に回収。（環境省委託事業）						
個人情報の 記 録 項 目	基 本 的 事 項	心 身 の 状 況	思 想 ・ 信 条 ・ 宗 教 等	家 庭 生 活	社 会 生 活		
	<input type="checkbox"/> 識別番号等	<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴	<input type="checkbox"/> 思想	<input type="checkbox"/> 親族関係	<input type="checkbox"/> 職業・職歴		
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 信条	<input type="checkbox"/> 婚姻歴	<input type="checkbox"/> 学業・学歴		
	<input checked="" type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力	<input type="checkbox"/> 宗教	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭状況	<input type="checkbox"/> 資格		
	<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢	<input type="checkbox"/> 性格	<input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報	<input checked="" type="checkbox"/> 居住関係	<input type="checkbox"/> 賞罰		
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 人種・民族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 趣味		
	<input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 犯罪歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 成績・評価		
	<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 財産・収入		
	<input type="checkbox"/> 本籍・国籍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 納税状況		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 公的扶助		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	個人情報に係る 本人の範囲	本人及び家族					
収 集 先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔保護者〕						
収 集 方 法	アンケート調査						
経 常 的 な 利用の範囲・ 提 供 先	<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：〕 <input checked="" type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 〔〕						
個人情報の 処 理 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有〔相手方：〕 <input type="checkbox"/> 無						
主 な 公 文 書 の 名 称	健康調査票						
閲 覧 等 の 制 度	【公文書の名称】						
	【閲覧等の種別】						
	<input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行）						
	<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止						
	【期間】						
備 考	<input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔〕						
	【根拠法令等】						
備 考	変更年月日：平成25年4月1日    変更項目：事務担当課・届出担当課（部名）						

## 個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

		届出番号		保〇４４	
届出年月日		平成１７年１０月３日		変更年月日	
事務の名称		予防接種事務		平成２６年１２月３日	
事務を所掌する組織の名称		事務担当課		保健福祉局健康医療部保健予防課、各区保健福祉センター健康課	
		届出担当課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
事務の目的		感染症の発生及びまん延を予防するため		共通・固有	
事務の概要		予防接種法に基づいて予防接種を行う。			
個人情報 の 記 録 項 目		基本的事項		心身の状況	
		<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		思想・信条・宗教等		家庭生活	
		<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		社会生活		<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
個人情報に係る本人の範囲		接種者及びその保護者			
収集先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
収集方法		予防接種予診票の提出			
経常的な利用の範囲・提供先		<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：〕 <input checked="" type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 [予防接種実施医療機関（委託先）]			
個人情報の処理形態		<input type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方：] <input checked="" type="checkbox"/> 無			
主な公文書の名称		予防接種予診票			
		副反応報告書			
		予防接種健康被害台帳			
		予防接種健康被害申請書			
閲覧等の制度		【公文書の名称】			
		【閲覧等の種別】			
		<input type="checkbox"/> 開示 （ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止			
		【期間】			
		<input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ]			
		【根拠法令等】			
備考		変更年月日：平成26年12月3日    変更項目：事務の目的、個人情報の処理形態			

		届 出 番 号		保 0 4 5							
届 出 年 月 日		平成 1 7 年 1 0 月 3 日		変 更 年 月 日 平成 2 8 年 6 月 2 8 日							
事 務 の 名 称		結核予防事務（健康診断）									
事務を所掌する		事 務 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課、各区保健福祉センター健康課							
		届 出 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課							
組 織 の 名 称		事 務 の 区 分		（ 共 通 ） ・ 固 有							
事 務 の 目 的		結核の予防、まん延の防止ため									
事 務 の 概 要		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に基づいて、予防接種及び健康診断を行う。									
個 人 情 報 の  記 録 項 目		基 本 的 事 項		心 身 の 状 況							
		思想・信条・宗教等		家 庭 生 活							
		社 会 生 活									
		<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
個人情報に係る本人の範囲		健康診断受診者									
収 集 先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体									
収 集 方 法		健(検)診票の提出									
経 常 的 な 利用の範囲・ 提 供 先		<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔健診機関（委託先）〕									
個 人 情 報 の 処 理 形 態		<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有〔相手方：〕 <input type="checkbox"/> 無									
主 な 公 文 書 の 名 称		健(検)診票 X線照射録    									
関 覧 等 の 制 度		【公文書の名称】  【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止 【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔 〕 【根拠法令等】									
備 考		変更年月日：平成25年4月1日 変更項目：事務担当課・届出担当課（部名） 変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：事務の名称・目的・概要、個人情報に係る本人の範囲、経常的な利用の範囲・提出先、 主な公文書の名称 変更年月日：平成28年6月28日 変更項目：経常的な利用の範囲・提出先、主な公文書の名称									

届出番号		保046			
届出年月日	平成17年10月3日	変更年月日	平成31年4月1日	廃止年月日	
事務の名称	結核予防事務（医療費公費負担）				
事務を所掌する組織の名称	事務担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課、各区保健福祉センター健康課			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
事務の目的	事務の区分	共通・固有			
事務の概要	結核治療のための医療費を公費負担するため				
個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活
	<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input checked="" type="checkbox"/> 障がい <input checked="" type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input checked="" type="checkbox"/> 財産・収入 <input checked="" type="checkbox"/> 納税状況 <input checked="" type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
個人情報に係る本人の範囲	感染症患者医療費公費負担申請を行う本人及びその家族				
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体				
収集方法	感染症患者医療費公費負担申請書の提出				
経常的な利用の範囲・提供先	<input checked="" type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課：] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課：] <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方：] <input type="checkbox"/> 無				
主な公文書の名称	感染症患者医療費公費負担申請書（結核）		結核患者応急入院及び就業制限通知報告書兼本入院勧告諮問状況		
	結核患者票		結核患者医療費公費負担諮問状況調書		
	聴取書		結核患者登録票		
	患者票記載事項変更申請書（結核）				
閲覧等の制度	入院・退院 結核患者届出票（福岡市）				
	【公文書の名称】				
	【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止				
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ]				
備考	【根拠法令等】				
	変更年月日：平成25年4月1日 変更項目：事務担当課・届出担当課（部名）				
	変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：事務の概要				
	変更年月日：平成28年6月28日 変更項目：個人情報に係る本人の範囲、収集方法、主な公文書の名称				
変更年月日：平成31年4月1日 変更項目：収集先、主な公文書の名称					



							届出番号		保047							
届出年月日		平成17年10月3日				変更年月日		平成31年4月1日				廃止年月日				
事務の名称		原爆被爆者対策事務														
事務を所掌する組織の名称		事務担当課		各区保健福祉センター健康課												
		届出担当課		保健福祉局健康医療部保健予防課												
事務の目的		事務の区分		(共)通・固有												
事務の概要		原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律等に基づいて、被爆者手帳の交付等を行う。														
個人情報 記録項目	基本的事項		心身の状況		思想・信条・宗教等		家庭生活		社会生活							
	<input type="checkbox"/> 識別番号等		<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴		<input type="checkbox"/> 思想		<input checked="" type="checkbox"/> 親族関係		<input type="checkbox"/> 職業・職歴							
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名		<input checked="" type="checkbox"/> 障がい		<input type="checkbox"/> 信条		<input type="checkbox"/> 婚姻歴		<input type="checkbox"/> 学業・学歴							
	<input checked="" type="checkbox"/> 性別		<input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力		<input type="checkbox"/> 宗教		<input type="checkbox"/> 家庭状況		<input type="checkbox"/> 資格							
	<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢		<input type="checkbox"/> 性格		<input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報		<input type="checkbox"/> 居住関係		<input type="checkbox"/> 賞罰							
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 人種・民族		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 趣味							
	<input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 犯罪歴		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 成績・評価							
	<input type="checkbox"/> メールアドレス		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 財産・収入							
	<input checked="" type="checkbox"/> 本籍・国籍		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 納税状況							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 公的扶助								
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
個人情報に係る本人の範囲		申請者														
収集先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]														
収集方法		申請書の提出														
経常的な利用の範囲・提供先		<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：〕 <input checked="" type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]														
個人情報の処理形態		<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有     [相手方： <input type="checkbox"/> 無]														
主な公文書 の名称		被爆者健康手帳交付台帳														
		被爆者健康手帳交付申請書（写）														
閲覧等の制度		【公文書の名称】														
		【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示 （ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止														
		【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ]														
		【根拠法令等】														
備考		変更年月日：平成25年4月1日    変更項目：事務担当課・届出担当課（部名） 変更年月日：平成31年4月1日    変更項目：事務担当課														

		届 出 番 号		保 0 4 8	
届 出 年 月 日		平成17年10月3日		変 更 年 月 日	
事 務 の 名 称		特定疾患治療研究事業事務		令和3年7月1日	
事務を所掌する		事 務 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課、各区保健福祉センター健康課	
		届 出 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
組 織 の 名 称		事 務 の 区 分		共通・固有	
事 務 の 目 的		特定疾患患者の医療費の公費負担			
事 務 の 概 要		特定疾患治療研究事業に基づいて、市内居住者から申請を受け、県に進達する。			
個 人 情 報 の  記 録 項 目		基 本 的 事 項		心 身 の 状 況	
		思想・信条・宗教等		家 庭 生 活	
		社会生活			
		■ 識別番号等		■ 健康・病歴	
		■ 氏名		■ 障がい	
		■ 性別		□ 身体的な特性・能力	
		■ 生年月日・年齢		□ 性格	
		■ 住所・居所		□	
		■ 電話・ファックス番号		□	
		□ メールアドレス		□	
		□ 本籍・国籍		□	
		□		□	
		□		□	
		□		□	
個人情報に係る本人の範囲		申請者			
収 集 先		■ 本人 □ 他の実施機関 □ 国又は他の地方公共団体 □ その他 〔 〕			
収 集 方 法		特定疾患医療受給者証交付申請書の提出			
経 常 的 な 利 用 の 範 囲 ・ 提 供 先		□ 担当課のみ □ 実施機関内 〔担当課： 〕 □ 他の実施機関 〔担当課： 〕 ■ 国又は他の地方公共団体 □ その他 〔 〕			
個 人 情 報 の 処 理 形 態		■ 電子計算機処理以外 □ 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 □ 有 〔相手方： 〕 □ 無			
主 な 公 文 書  の 名 称		特定疾患医療受給者台帳			
		特定疾患医療受給者証交付申請書（写）			
関 覧 等  の 制 度		【公文書の名称】			
		【閲覧等の種別】			
		□ 開示 （□ 閲覧・縦覧 □ 写しの交付 □ 各種証明書の発行） □ 訂正 □ 利用停止			
		【期間】 □ 限定なし □ 限定あり 〔 〕			
		【根拠法令等】			
備 考		変更年月日：平成25年4月1日 変更項目：事務担当課・届出担当課（部名） 変更年月日：令和3年7月1日 変更項目：事務の概要			

		届 出 番 号		保 0 4 9	
届 出 年 月 日		平成 1 7 年 1 0 月 3 日		変 更 年 月 日 平成 2 5 年 4 月 1 日	
事 務 の 名 称		先天性血液凝固因子障害等治療研究事業事務			
事務を所掌する		事 務 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
		届 出 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
組 織 の 名 称		事 務 の 区 分		共 通 ・ 固 有	
事 務 の 目 的		先天性血液凝固因子障害者の医療費の公費負担。			
事 務 の 概 要		先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に基づいて、市内居住者から申請を受け、県に進達する。			
個 人 情 報 の  記 録 項 目		基 本 的 事 項		心 身 の 状 況	
		思想・信条・宗教等		家 庭 生 活	
		■ 識別番号等		■ 健康・病歴	
		■ 氏名		□ 障がい	
		■ 性別		□ 身体的な特性・能力	
		■ 生年月日・年齢		□ 性格	
		■ 住所・居所		□ 思想	
		■ 電話・ファックス番号		□ 信条	
		□ メールアドレス		□ 宗教	
		□ 本籍・国籍		□ 社会的差別の原因となる情報	
		□		□ 人種・民族	
		□		□ 犯罪歴	
		□		□	
		□		□	
社会生活		職業・職歴			
		□ 学業・学歴			
		□ 資格			
		□ 賞罰			
		□ 趣味			
		□ 成績・評価			
		□ 財産・収入			
		□ 納税状況			
		■ 公的扶助			
		■ 加入医療保険			
		□			
個人情報に係る本人の範囲		先天性血液凝固因子障害者			
収 集 先		■ 本人 □ 他の実施機関 □ 国又は他の地方公共団体			
収 集 方 法		□ その他 [ ]			
経 常 的 な 利用の範囲・ 提 供 先		先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書の提出			
個 人 情 報 の 処 理 形 態		□ 担当課のみ □ 実施機関内 [担当課：] □ 他の実施機関 [担当課：] ■ 国又は他の地方公共団体 □ その他 [ ]			
主 な 公 文 書 の 名 称		■ 電子計算機処理以外 □ 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 □ 有 [相手方：] □ 無			
		先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書（写）			
		先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書（写）			
		先天性血液凝固因子障害等医療受給者証継続交付申請書(写)			
		先天性血液凝固因子障害等医療受給者台帳			
関 覧 等 の 制 度		【公文書の名称】			
		【閲覧等の種別】			
		□ 開示 (□ 閲覧・縦覧 □ 写しの交付 □ 各種証明書の発行)			
		□ 訂正 □ 利用停止			
		【期間】			
		□ 限定なし □ 限定あり [ ]			
		【根拠法令等】			
備 考		変更年月日：平成25年4月1日 変更項目：事務担当課・届出担当課（部名）			

	届出番号		保051							
届出年月日	平成17年10月1日		変更年月日		平成26年12月3日		廃止年月日			
事務の名称	自立支援（精神通院）医療関係事務									
事務を所掌する組織の名称	事務担当課		精神保健福祉センター、健康課、保健予防課							
	届出担当課		保健福祉局健康医療部保健予防課							
事務の目的	事務の区分		非・通・有							
事務の概要	障害者総合支援法に基づき、精神障がい者の治療のため、本人からの申請に基づき、病院・診療所・薬局での通院医療費の原則9割を公費（健康保険優先）により負担するための決定・支出等の事務。									
個人情報 の記録項目	基本的事項		心身の状況		思想・信条・宗教等		家庭生活		社会生活	
	<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input type="checkbox"/> 住所・居所 <input type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 親族関係 <input checked="" type="checkbox"/> 婚姻歴 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
個人情報に係る本人の範囲	通院医療公費負担申請者									
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔医療機関〕									
収集方法	本人からの申請									
経常的な利用の範囲・提供先	<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：〕 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔社会保険診療報酬基金、国民健康保険団体連合会〕									
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有〔相手方：〕 <input type="checkbox"/> 無									
主な公文書の名称	自立支援医療費支給認定申請書									
	自立支援医療受給者証									
閲覧等の制度	【公文書の名称】									
	【閲覧等の種別】									
	<input type="checkbox"/> 開示 （ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止									
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔 〕									
備考	【根拠法令等】									
	平成25年7月17日変更 ・事務の名称、届出担当課（部名）、事務の目的、事務の概要、主な公文書 平成26年12月3日変更 ・個人情報の記録項目									

		届 出 番 号		保 0 5 2	
届 出 年 月 日		平成 1 7 年 1 0 月 1 日		変 更 年 月 日	
事 務 の 名 称		精神障がい者措置入院関係事務		平成 2 7 年 1 2 月 8 日	
事務を所掌する		事 務 担 当 課		区健康課、保健予防課	
		届 出 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
組 織 の 名 称		事 務 の 区 分		共 通 ・ 固 有	
事 務 の 目 的		精神障がい者の治療のため、措置入院に関する手続きを行う。			
事 務 の 概 要		警察官からの通報等により、精神障がいにより自傷他害のおそれがある者の治療のため、措置診察を実施し、措置入院に関する事務を行う。			
個 人 情 報 の  記 録 項 目		基 本 的 事 項		心 身 の 状 況	
		思想・信条・宗教等		家 庭 生 活	
		社 会 生 活			
■ 識別番号等		■ 健康・病歴		■ 親族関係	
■ 氏名		■ 障がい		■ 婚姻歴	
■ 性別		■ 身体的な特性・能力		■ 家庭状況	
■ 生年月日・年齢		■ 性格		□ 居住関係	
■ 住所・居所		□		□	
■ 電話・ファックス番号		□		□	
□ メールアドレス		□		□	
□ 本籍・国籍		□		□	
□		□		□	
□		□		□	
個人情報に係る本人の範囲		措置入院対象者			
収 集 先		■ 本人 □ 他の実施機関 □ 国又は他の地方公共団体			
		■ その他 〔 医療機関、警察官等 〕			
収 集 方 法		通報書等			
経 常 的 な 利用の範囲・ 提 供 先		□ 担当課のみ □ 実施機関内〔担当課： 〕 □ 他の実施機関〔担当課： 〕 ■ 国又は他の地方公共団体 ■ その他 〔 医療機関 〕			
個 人 情 報 の 処 理 形 態		■ 電子計算機処理以外 □ 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 □ 有〔相手方： 〕 □ 無			
主 な 公 文 書  の 名 称		措置入院決定通知書		精神保健指定医台帳	
		入院費用徴収額決定通知書			
		措置入院に関する診断書			
		精神保健法第 2 8 条第 1 項の規定による診察通知			
		措置解除決定通知書			
関 覧 等  の 制 度		【公文書の名称】			
		【閲覧等の種別】 □ 開示（□ 閲覧・縦覧 □ 写しの交付 □ 各種証明書の発行） □ 訂正 □ 利用停止			
		【期間】 □ 限定なし □ 限定あり〔 〕			
		【根拠法令等】			
備 考		変更年月日：平成 2 5 年 7 月 1 7 日 変更項目：届出担当課（部名） 変更年月日：平成 2 6 年 1 2 月 3 日 変更項目：個人情報の記録項目 変更年月日：平成 2 7 年 1 2 月 8 日 変更項目：主な公文書の名称			

	届出番号						保053														
届出年月日		平成17年10月1日							変更年月日				令和2年6月25日				廃止年月日				
事務の名称		精神障がい者等相談指導事務																			
事務を所掌する組織の名称		事務担当課				区健康課															
		届出担当課				保健福祉局健康医療部保健予防課															
		事務の区分				普　通　　　　　・　　　　　固　　　有															
事務の目的		精神障がい者、アルコール依存症者等の治療、社会復帰などのため、相談に応じ適切な助言、指導を行う。																			
事務の概要		精神障がい者、アルコール依存症者等の治療、社会復帰などのため、相談に応じ適切な助言、指導を行う。																			
個人情報 の記録項目		基本的事項				心身の状況				思想・信条・宗教等				家庭生活				社会生活			
		<div><input type="checkbox"/> 識別番号等</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 氏名</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 性別</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号</div> <div><input type="checkbox"/> メールアドレス</div> <div><input type="checkbox"/> 本籍・国籍</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>				<div><input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 障がい</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 身体的な特性・能力</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 性格</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>				<div><input checked="" type="checkbox"/> 思想</div> <div><input type="checkbox"/> 信条</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 宗教</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報</div> <div><input type="checkbox"/> 人種・民族</div> <div><input type="checkbox"/> 犯罪歴</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>				<div><input checked="" type="checkbox"/> 親族関係</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 婚姻歴</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 家庭状況</div> <div><input type="checkbox"/> 居住関係</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>				<div><input checked="" type="checkbox"/> 職業・職歴</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 学業・學歷</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 資格</div> <div><input type="checkbox"/> 賞罰</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 趣味</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 成績・評価</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 財産・収入</div> <div><input type="checkbox"/> 納税状況</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 公的扶助</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>			
個人情報に係る本人の範囲		精神保健相談、精神障がい者社会復帰相談の相談者と及び家庭訪問対象者																			
収集先		<div><input checked="" type="checkbox"/> 本人</div> <div><input type="checkbox"/> 他の実施機関</div> <div><input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> その他〔医療機関等〕</div>																			
収集方法		本人、家族からの相談、医療機関からの聞き取り																			
経常的な利用の範囲・提供先		<div><input type="checkbox"/> 担当課のみ</div> <div><input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課：〕</div> <div><input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課：〕</div> <div><input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> その他〔医療機関〕</div>																			
個人情報の処理形態		<div><input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外</div> <div><input type="checkbox"/> 電子計算機処理</div> <div>電子計算組織の結合の有無<input type="checkbox"/> 有〔相手方：<input type="checkbox"/> 無し</div>																			
主な公文書の名称		精神保健相談票																			
		窓口相談記録																			
		訪問記録																			
		適正飲酒指導記録																			
閲覧等の制度		【公文書の名称】																			
		【閲覧等の種別】 <div><input type="checkbox"/> 開示（<input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧）<input type="checkbox"/> 写しの交付<input type="checkbox"/> 各種証明書の発行)</div> <div><input type="checkbox"/> 訂正<input type="checkbox"/> 利用停止</div>																			
		【期間】 <div><input type="checkbox"/> 限定なし<input type="checkbox"/> 限定あり〔<input type="text"/>〕</div>																			
		【根拠法令等】																			
備考		変更年月日：平成25年7月17日  変更項目：届出担当課（部名）、主な公文書の名称 変更年月日：平成27年12月8日  変更項目：主な公文書の名称 変更年月日：令和2年6月25日  変更項目：主な公文書の名称からアルコール保健相談票（東、博多、南、早良、西保健所）を削除																			

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

				届 出 番 号	保 0 5 5		
届 出 年 月 日	平成 1 7 年 1 0 月 2 5 日	変 更 年 月 日	平成 2 8 年 6 月 2 9 日	廃 止 年 月 日			
事 務 の 名 称	献血推進事務						
事 務 を 所 掌 す る	事 務 担 当 課	保健福祉局健康医療部保健予防課、各区保健福祉センター健康課					
	届 出 担 当 課	保健福祉局健康医療部保健予防課					
組 織 の 名 称	事 務 の 区 分	共 通 ・ 固 有					
事 務 の 目 的	献血推進団体の育成および献血思想の普及、向上を図るため、校区献血推進団体の役員と連携し、事業を推進する。						
事 務 の 概 要	校区における献血事業を円滑に実施するため、校区献血推進団体と福岡県赤十字センターとの連絡調整を行うとともに、献血事業功労者表彰を行う。						
個 人 情 報 の  記 録 項 目	基 本 的 事 項	心 身 の 状 況	思 想 ・ 信 条 ・ 宗 教 等	家 庭 生 活	社 会 生 活		
	<input type="checkbox"/> 識別番号等	<input type="checkbox"/> 健康・病歴	<input type="checkbox"/> 思想	<input type="checkbox"/> 親族関係	<input type="checkbox"/> 職業・職歴		
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 信条	<input type="checkbox"/> 婚姻歴	<input type="checkbox"/> 学業・学歴		
	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 家庭状況	<input type="checkbox"/> 資格		
	<input type="checkbox"/> 生年月日・年齢	<input type="checkbox"/> 性格	<input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報	<input type="checkbox"/> 居住関係	<input type="checkbox"/> 賞罰		
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所	<input type="checkbox"/> 性格	<input type="checkbox"/> 人種・民族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 趣味		
	<input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 犯罪歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 成績・評価		
	<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 財産・収入		
	<input type="checkbox"/> 本籍・国籍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 納税状況		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 公的扶助		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	個人情報に係る本人の範囲	校区献血推進団体の役員					
	収 集 先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔 校区献血推進団体 〕					
	収 集 方 法	所属団体または関係課へ現役員の連絡先を確認					
経 常 的 な 利 用 の 範 囲 ・ 提 供 先	<input checked="" type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課： 〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課： 〕 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕						
個 人 情 報 の 処 理 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有〔相手方： 〕 <input type="checkbox"/> 無						
主 な 公 文 書  の 名 称	役員名簿						
閲 覧 等  の 制 度	【公文書の名称】						
	【閲覧等の種別】						
	<input type="checkbox"/> 開示    ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止						
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔 〕						
備 考	【根拠法令等】						
	変更年月日：平成 2 2 年 4 月 1 日      変更項目：事務担当課、届出担当課 変更年月日：平成 2 5 年 4 月 1 日      変更項目：事務担当課・届出担当課（部名） 変更年月日：平成 2 8 年 6 月 2 9 日      変更項目：収集方法						

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

				届 出 番 号	保 2 0 3	
届 出 年 月 日	平成 2 5 年 7 月 1 7 日		変 更 年 月 日	平成 2 7 年 1 2 月 8 日	廃 止 年 月 日	
事 務 の 名 称	応急入院関係事務					
事務を所掌する	事 務 担 当 課	区健康課、保健予防課				
	届 出 担 当 課	保健福祉局健康医療部保健予防課				
組 織 の 名 称	事 務 の 区 分	共 通 ・ 固 有				
事 務 の 目 的	精神障がい者の応急入院に関する手続きを行う。					
事 務 の 概 要	医療及び保護の依頼があった者で、急速を要し、家族等の同意を得ることができず、応急入院となった者について、精神科病院より入院の届出を受理する。					
個 人 情 報 の 記 録 項 目	基 本 的 事 項	心 身 の 状 況	思想・信条・宗教等	家 庭 生 活	社 会 生 活	
	■ 識別番号等 ■ 氏名 ■ 性別 ■ 生年月日・年齢 ■ 住所・居所 <input type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	■ 健康・病歴 ■ 障がい ■ 身体的な特性・能力 ■ 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	■ 親族関係 ■ 婚姻歴 ■ 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	■ 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/>	
個人情報に係る本人の範囲	応急入院対象者					
収 集 先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 ■ その他 〔 医療機関、等 〕					
収 集 方 法	応急入院届					
経 常 的 な 利 用 の 範 囲 ・ 提 供 先	<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課： 〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課： 〕 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 ■ その他 〔 医療機関 〕					
個 人 情 報 の 処 理 形 態	■ 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有〔相手方： 〕 <input type="checkbox"/> 無					
主 な 公 文 書 の 名 称	応急入院届					
閲 覧 等 の 制 度	【公文書の名称】					
	【閲覧等の種別】					
	<input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止					
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔 〕					
	【根拠法令等】					
備 考	変更年月日：平成 2 7 年 1 2 月 8 日    変更項目：事務の概要					



		届 出 番 号		保 2 1 3	
届 出 年 月 日		平成26年12月3日		変 更 年 月 日	
事 務 の 名 称		特定医療費（指定難病）医療費助成制度		令和3年7月1日	
事務を所掌する		事 務 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課、各区保健福祉センター健康課	
		届 出 担 当 課		保健福祉局健康医療部保健予防課	
組 織 の 名 称		事 務 の 区 分		共通・固有	
事 務 の 目 的		指定難病患者の医療費の公費負担			
事 務 の 概 要		難病の患者に対する医療等に関する法律に基づいて、指定難病患者に対する医療費助成に関する事務を行う。			
個人情報の 記 録 項 目		基 本 的 事 項		心 身 の 状 況	
		思想・信条・宗教等		家 庭 生 活	
社会生活		職業・職歴		職業・職歴	
		学業・学歴		資格	
賞罰		趣味		成績・評価	
		財産・収入		納税状況	
公的扶助		加入医療保険		銀行口座	
		本人		他の実施機関	
国又は他の地方公共団体		その他		〔 財政局課税企画課、市民局区政課、保健福祉局保険年金課・保護課 〕	
		特定医療費（指定難病）医療費助成制度に係る各種申請書・届出書の提出		財政局課税企画課、市民局区政課、保健福祉局保険年金課・保護課の保有する情報を利用	
経 常 的 な 利 用 の 範 囲 ・ 提 供 先		担当課のみ		実施機関内〔担当課： 〕	
		他の実施機関〔担当課： 〕		国又は他の地方公共団体	
個人情報の 処 理 形 態		電子計算機処理以外		電子計算機処理	
		電子計算組織の結合の有無		有〔相手方： 〕	
主 な 公 文 書 の 名 称		特定医療費（指定難病）支給認定システム		特定医療費（指定難病）支給認定申請書	
		特定医療費（指定難病）請求書		指定医指定申請書	
関 覧 等 の 制 度		【公文書の名称】		【閲覧等の種別】	
		開示（開覧・縦覧）		写しの交付	
備 考		訂正		利用停止	
		【期間】		限定なし	
		【根拠法令等】		変更年月日：平成30年4月1日	
		変更項目：事務の概要・個人情報の記録項目・個人情報に係る本人の範囲・収集先・収集方法・個人情報の処理形態		変更年月日：令和3年6月25日	
		変更項目：収集先・収集方法の所属名の変更		変更年月日：令和3年7月1日	
		変更項目：個人情報の記録項目・個人情報の処理形態			

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

				届出番号	保239	
届出年月日	令和元年6月4日		変更年月日	廃止年月日		
事務の名称	結核予防事務（指定医療機関）					
事務を所掌する	事務担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課、各区健康課				
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課				
組織の名称	事務の区分	共通・固有有				
事務の目的	結核患者の医療費の公費負担					
事務の概要	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に基づいて結核医療費の公費負担を行う。					
個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活	
	<input type="checkbox"/> 識別番号等	<input type="checkbox"/> 健康・病歴	<input type="checkbox"/> 思想	<input type="checkbox"/> 親族関係	<input type="checkbox"/> 職業・職歴	
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 信条	<input type="checkbox"/> 婚姻歴	<input type="checkbox"/> 学業・学歴	
	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 家庭状況	<input type="checkbox"/> 資格	
	<input type="checkbox"/> 生年月日・年齢	<input type="checkbox"/> 性格	<input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報	<input type="checkbox"/> 居住関係	<input type="checkbox"/> 賞罰	
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所	<input type="checkbox"/> 性格	<input type="checkbox"/> 人種・民族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 趣味	
	<input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 犯罪歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 成績・評価	
	<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 財産・収入	
	<input type="checkbox"/> 本籍・国籍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 納税状況	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 公的扶助	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	個人情報に係る本人の範囲	申請者				
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]					
収集方法	結核指定医療機関に関する届出書の提出					
經常的な利用の範囲・提供先	<input checked="" type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課: ] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課: ] <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]					
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方: ] <input type="checkbox"/> 無					
主な公文書の名称	医療機関指定申請書（結核）		指定医療機関指定書再発行願（結核）			
	医療機関指定書（写）					
	指定医療機関変更届（結核）					
	指定医療機関辞退届（結核）					
	紛失届（結核）					
閲覧等の制度	【公文書の名称】					
	【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示      ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止					
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ]					
	【根拠法令等】					
備考						

		届出番号		保240	
届出年月日		令和元年6月4日		変更年月日	
事務の名称		結核予防事務（結核菌病原体サーベイランス事業）			
事務を所掌する	事務担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課、各区健康課、環境局保健環境研究所保健科学課			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
組織の名称	事務の区分	共通・固有			
事務の目的		結核対策における分子疫学調査により、感染経路の証明・発見及び再燃と新しい感染の鑑別。			
事務の概要		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に基づいて分子疫学調査を行う。			
個人情報 の 記 録 項 目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活
	■ 識別番号等 ■ 氏名 ■ 性別 ■ 生年月日・年齢 <input type="checkbox"/> 住所・居所 <input type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 公的扶助
個人情報に係る本人の範囲	福岡市内に居住している結核患者の一部				
収集先	<input type="checkbox"/> 本人      ■ 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕				
収集方法	結核指定医療機関に関する届出書の提出				
経常的な利用の範囲・提供先	■ 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内〔担当課： 〕 <input type="checkbox"/> 他の実施機関〔担当課： 〕 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕				
個人情報の処理形態	■ 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有（相手方： ）、 <input type="checkbox"/> 無				
主な公文書の名称	結核菌検査依頼書				
	福岡市結核菌病原体サーベイランス菌株送付票兼受領票				
閲覧等の制度	【公文書の名称】				
	【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示（ <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行） <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止				
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり〔 〕				
	【根拠法令等】				
備考					