

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)

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					
事業実施者	種 別	1. 事業者	2. 学校長	3. 施設の長	4. 市町村長
	名 称				
	所 在 地				
	連 絡 先	(担当者:)			

実施内容

		事業所		学校	施設
		従事者(教師・施設職員含む)		学生・生徒	入所者
		常勤職員	非常勤職員 (パート等含む)		
対 象 者 数		人	人	人	人
間接撮影者数					
直接(デジタル)撮影者数					
発見された結核患者及び結核発 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				
	医療機関入院中				
	年度内受診予定				
	その他()				

<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

※保健所に提出願います