

様式1

北九州市保健予防課 予防係担当 行（FAX 093-522-1025）

結核定期健康診断報告書（医科医療機関）

健康診断実施月： 年 月分	
報告年月日：令和 年 月 日	
医療機関の名称	
所在地	〒 区 北九州市 区
電話番号	
FAX番号	
代表者名（実施者）	
対象者数 <small>※対象者は医師、看護師、従業員等（院長含）です。</small>	人 [健診実施の有無にかかわらず、当月健診日時点での在籍者数。]
実施数	①胸部エックス線検査を実施した人数 直接 人 間接 人
	②喀痰細菌検培養検査を実施した人数 人
結果	結核患者 人
	潜在性結核感染者（無症状病原体保有者） 人
	結核の発病のおそれがあると診断された者 人
その他	未実施数 人 [当該年度内に健診実施すべきだが、報告日時点で未実施者の数]
	未実施理由 1. 妊娠（可能性を含む）： 人 2. その他： 人 [理由]
	未実施者への対応 1. 受診勧奨を行った（年度内に受診予定）。 2. その他 [内容]
報告担当者	【所属】 【電話番号】
	【氏名】

<記入上の注意>

※人数は、実人数を記入してください。1人の方に2回以上実施した場合も、計上は「1人」です。
 ※実施数は、集団検診だけでなく個別健診（人間ドック等）による実施者も計上してください。

<問い合わせ先>

北九州市保健予防課 予防係 電話 093-522-8764

ご記入内容

- この用紙をそのままご利用ください。
- ご報告は、FAX送信、郵送のどちらでもかまいません。
- 下記の表の該当部分はすべてご記入ください。
- 年に2回以上の健康診断をする者についても、この報告では1回のみ計上してください。

結核定期健康診断報告書(医科医療機関)

健康診断実施月: 年 月 分	
報告年月日: 令和 年 月 日	
医療機関の名称	
所在地	〒 北九州市 区
電話番号	
FAX番号	
代表者名(実施者)	
対象者数 ※対象者は医師、看護師、従業員等(院長含)です	
健康診断実施の有無にかかわらず、 当月健診日時点での在籍者数。	
実施数	①胸部エックス線検査を実施した人数 直接 人 間接 人
	②喀痰細菌培養検査を実施した人数 人
結果	結核患者 人
	潜在性結核感染者(無症状病原体保有者) 人
	結核の発病のおそれがあると診断された者 人
その他	未実施数 人 当該年度内に健診実施すべきだが、報告日時点で未実施者の数
	未実施理由 1. 妊娠(可能性を含む): 人 2. その他: 人 理由
	未実施者への対応 1. 受診勧奨を行った(年度内に受診予定)。 2. その他 内容
報告担当者	【所属】 【電話番号】
	【氏名】

実施月をご記入ください。
原則、実施月の翌月10日までにご提出ください。

年度内に健康診断を受診すべき人数をご記入ください。
複数回の健診を実施する場合も、該当月時点の在籍者数をご記入ください。

直接撮影又は間接撮影の実施人数をご記入ください。

喀痰検査を実施した場合にご記入ください。

①、②の検査結果より、ご記入ください。
※「結核の発病のおそれがあると診断された者」とは、健診による経過観察となった場合にご記入ください。

受診対象にもかかわらず未受診の場合に、ご記入ください。

<記入上の注意>

※人数は、実人数を記入してください。1人の方に2回以上実施した場合も、計上は「1人」です。
※実施数は、集団検診だけでなく個別健診(人間ドック等)による実施者も計上してください。

<問い合わせ先>

北九州市保健予防課 予防係 電話 093-522-8764