

様式5

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(介護老人保健施設、助産所)

		健康診断実施月: 年 月分	
		報告年月日: 令和 年 月 日	
施設 の 名 称			
所 在 地		〒 区 北九州市	
電 話 番 号			
F A X 番 号			
代表者名(実施者)			
区 分		事業者(職員)	入所者(65歳以上)
対 象 者 数		人	人
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	人
結 果	結核患者	人	人
	潜在性結核感染者 (無症状病原体保有者)	人	人
	結核の発病のおそれがあると診断された者	人	人
そ の 他	未実施数 <small>当該年度内に実施すべきだが、報告日時点で未実施の人数</small>	人	人
	未実施理由	1. 妊娠(可能性を含む): 人 2. その他: 人 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	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(介護老人保健施設、助産所)

健康診断実施月: 年 月分		報告年月日: 令和 年 月 日	
施設の名称			
所在地		〒 北九州市 区	
電話番号			
FAX番号			
代表者名(実施者)			
区分		事業者(職員)	
対象者数		人	
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	
	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	受診勧奨を行った(年度内に受診予定)。 2. その他	
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