

結核健康診断月報

福井県知事 様

記載例(老健施設)

実施月 令和5年 7月

報告年月日 令和5年 8月10日

担当者名 ○○ ○○

電話番号 XXXX-XX-XXXX

学校や施設、医療機関において従事者に対して健康診断を実施した場合、「1 事業者」としての報告となります。

名称および所在地	△△の丘 ○○市○○町××-××		実施者種別	1 事業者 2 学校長 3 施設の長 4 市町長		
実施者(代表者)	医療法人 ○○○○ 理事長 △△△△		健診機関	□□□□		
実施者の対象区分	事業者	学校長	施設の長		市町長	
対象者	業務従事者 <small>(施設職員や医療機関職員、教職員等)</small>	今年度入学した学生・生徒	収容者 20歳以上	入所者 65歳以上	65歳以上の者	その他必要と認められた者
全対象者数(a)	120	年度内に健診を受けなければならない対象者全員の数を記載してください。				
今回受診者数(b)	57	今回受診者数を記入してください。同一者が複数の検査(間接撮影・直接撮影・喀痰検査)を受けたときは、1人として計上してください。				
受診内訳	間接撮影者数	0	老健については、入所者への定期結核健診の対象外のため、記載は不要です。			
	直接撮影者数	57				
	かたん 喀痰検査者数	0	結核かどうか、結核菌の有無を調べる検査のことで。			
被発見者数	結核患者	0	今回の健診で、結核発病がわかった患者のことで。			
	結核発病のおそれがあると診断された者	0	今回の健診で、結核治療が必要ない 要注意や要観察と判明されたが、結核患者ではない者のことで。			
未受診理由	1名妊娠中、他は来月以降に受診					
受診率	前回報告分までの受診者数(c):	人	全対象者受診	令和 年 月 日		
	今回報告分までの受診率(b+c)/a:	%	終了予定日:			

記入上の注意

- 学校、施設、医療機関等の従事者、市町の65歳以上の職員について実施したときは、事業者として報告してください。
- 未受診者がいる場合は、その理由を記載してください。

(参考: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よる定期の健康診断の対象者、定期および回数)

- 事業者… 学校(専修学校および各種学校を含み、幼稚園を除く。)、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設または社会福祉法第2条第2項第1号および第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については、毎年度
- 学校長… 大学、高等学校、高等専門学校、専修学校または各種学校(修業年限が1年未満のものを除く。)の学生または生徒については、入学した年度
- 施設の長… 刑事施設に収容されている者については、20歳に達する日の属する年度以降において毎年度
社会福祉法第2条第2項第1号および第3号から第6号までに規定する施設(※)に入所している者については、65歳に達する日の属する年度以降において毎年度
- 市町長… 健康診断の対象者以外の者(市町が定期の健康診断の必要がないと認める者を除く。)については、65歳に達する日の属する年度以降において毎年度
市町がその管轄する区域内における結核の発生状況、定期の健康診断による結核患者の発見率その他の事情を勘案して特に定期の健康診断の必要があると認める者については、市町が定める定期

※ 生活保護法に規定する救護施設・更生施設その他生計困難者を無料または低額な料金で入所させて生活の扶助を行うことを目的とする施設、老人福祉法に基づく養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム、障害者総合支援法に基づく障害者支援施設、売春防止法に基づく婦人保護施設