

# 令和 年度 結核 健康 診断 結果 報告 書

(その年の4月～次の年の3月までの集計)

FAX 0940-47-0031

報告年月日 令和 年 月 日

(あて先) 宗像・遠賀保健福祉環境事務所長 行  
( 感染症係 )

健診年月 令和 年 月

健診(委託)  
機関名

事業所等の名称及び所在地及び実施者名		(事業所等の名称)		
		(所在地)		
		(実施者名)		
実施者種別	1 事業者	2 学校長	表1を参考に該当するものに○をして、実施者種別ごとに記入してください。	
		3 施設の長		
		4 市町村長		
対象者数			年度内に結核健診を受けなければならない対象者全員の数	
受診者数			同一の者が間接・直接・喀痰検査を受けたときも1人として計上してください。	
胸部エックス線 受診者数 (一次健診)	間接撮影数		間接胸部X線撮影を受けた人数を計上してください。	
	直接撮影数		直接胸部X線撮影を受けた人数を計上してください。	
喀痰(かくたん)検査受診者数			結核の喀痰検査を受けた人数を計上してください。	
被発見者数	結核患者		今回の健診で治療の必要な結核患者が発見された人数を計上してください。	
	結核発病のおそれがあると診断されたもの		今回の健診で結核治療の必要がない要観察と診断された人数を計上してください。	

※ 胸部撮影法が、間接撮影法か直接撮影法か分からない場合は、健診実施機関にご確認ください。

※ 対象者以外の方が胸部X線撮影等を受けた場合の報告は不要です。

※ 内容を確認することがありますので、担当者名と電話・FAX番号を記入してください。

担当者名

電話番号

FAX番号

※ 実施者種別ごとに上記について、もれなく記入ください。

※ **毎年度、健康診断が済み次第、速やかにご報告いただけるようご協力お願いします。**

(報告用紙は、コピーして毎回ご使用ください)