

令和7年度結核定期健康診断報告書

千葉県 市川 保健所長 様

報告年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

報告者氏名 _____

電話番号 _____

事業所等の名称 (〇〇学校、〇〇大学、〇〇クリニック、〇 〇歯科、特別養護老人ホーム〇〇等)		健診年月			令和 ____ 年 ____ 月 ____ 分	
		実施者種別	学生		施設入所者	従事者(職員)
管理者名	高校等		大学(短大)	その他の学校		
所在地	対象者の区分					
		1 事業者				
		2 学校長				
		3 施設長				
対象者数(管理者も含む)						
受診者数						
胸部エックス線 検査受診者数	間接撮影					
	直接撮影					
喀痰検査受診者数						
IGRA 検査 (QFT 又は T-SPOT)	検査実施者数					
	陽性者数					
	判定保留者数					
被発見者 数	結核患者					
	結核発病のおそれがあると診断された者					
	予防の為の治療が必要な者					
未受診者数・理由		妊娠等： _____ 名 休職(育休・病気休等)： _____ 名 退職： _____ 名 休学： _____ 名 退学： _____ 名 その他(理由 _____)： _____ 名				

※記入の際は本紙裏面及び「結核定期健康診断報告書に関してよくある御質問」を御参照ください。

健診対象施設・対象者一覧

施設区分		実施者種別	対象者
①	医療機関(病院・診療所・助産所)	事業者	「従事者(職員)」
②	介護老人保健施設	事業者	「従事者(職員)」
③	社会福祉施設 ※	「従事者(職員)」:事業者 「施設入所者」:施設長	「従事者(職員)」及び「65歳以上の施設入所者」
④	小学校・中学校 等	学校長	「従業者(職員)」
	大学・高等学校・専修学校又は各種学校	「従事者(職員)」:事業者 「学生」:学校長	「従事者(職員)」及び「本年度入学した学生」

※社会福祉施設:養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、障害者施設等。

記入例

事業所等の名称		健診年月		令和 年 月分		
		実施者種別	1 事業者			
2 学校長						
3 施設長						
管理者名						
所在地						
対象者の区分		学生			施設入所者	従事者(職員)
		高校等	大学(短大)	その他の学校		
対象者数(管理者も含む)		業務に携わる方全員の数。管理者・非常勤の方も含む。				100
受診者数						98
胸部エックス線検査受診者数	間接撮影	職場健診(検診車)で78名が間接撮影、				78
	直接撮影	病院等の人間ドックで20名が直接撮影等。				20
喀痰検査受診者数		結核を確認するため、5人が喀痰検査を実施した等。				5
IGRA検査(QFT又はT-SPOT)	検査実施者数					0
	陽性者数	今回の健診で治療対象の結核患者が2名発見された。				0
	判定保留者数					0
被発見者数	結核患者					2
	結核発病のおそれがあると診断された者	今回の健診で3名が要観察となったが、結核の患者ではない。				3
	予防の為の治療が必要な者					0
未受診者数・理由		妊娠等: 1名 休職(育休・病気休等): 1名 退職: 名 休学: 名 退学: 名 その他(理由): 名				1名妊娠中のためエックス線検査を受けなかった。 1名育休のため健診未受診。

【提出先・お問合わせ先】

千葉県市川保健所(市川健康福祉センター) 疾病対策課 結核担当

〒272-0023 市川市南八幡5-11-22 TEL:047-377-1103 FAX:047-377-5013