

令和7年度結核定期健康診断報告書

千葉県 山武 保健所長 様

報告年月日： 年 月 日

健診実施年月： 年 月

管理者氏名：

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)					
所在地		〒			
実施者の区分		1 事業者	2 学校長		3 施設長
対象者の区分		医療機関、高校、大学 専修学校又は各種学校 社会福祉施設 介護老人保健施設	小・中学校等	高校、大学 専修学校又は 各種学校	社会福祉施設
		従業員(職員)	従業員(職員)	本年度入学した 学生	65 歳以上の 入所者
対象者数					
受診者数					
胸部エックス線 検査受診者数	直接撮影				
	間接撮影				
精密検査実施者数					
喀痰検査受診者数					
発見結核患者数					
結核の発病の恐れがあると 診断された者の数					
未受診者数					
未受診 の理由と 人数	妊娠等				
	休職・休学 (育休・病気休等)				
	退職・退学・退所				
	その他 (理由と人数を記載)				
備考					

◎ 山武保健所からメールで感染症情報などの送付を希望する場合は☑をしてください。

☐ 送付を希望する メールアドレス _____

- ◆ 受診者数(胸部エックス線検査受診者数)と未受診者数の合計が対象者数になるようにしてください。
- ◆ 胸部X線検査は、毎年1回必ず実施する必要があります。
- ◆ できるだけ、対象者全員の結果が出揃ってからの報告をお願いします。

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	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	事業者：従事者(職員) 学校長：学生	従事者(職員)及び本年度入学した学生
③	社会福祉施設 ※	事業者：従事者(職員) 施設長：施設入所者	従事者(職員)及び65歳以上の施設入所者
④	介護老人保健施設	事業者	従事者(職員)

※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 (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)					
所在地		〒			
実施者の区分		1 事業者		2 学校長	
対象者の区分		医療機関、高校、大学 専修学校又は各種学校 社会福祉施設 介護老人保健施設		小・中学校等	高校、大学 専修学校又は 各種学校
		従業員(職員)		従業員(職員)	本年度入学した 学生
対象者数		100	業務に携わる方全員の数。管理者・非常勤の方も含む。		
受診者数		98			
胸部エックス線 検査受診者数	直接撮影	20	病院等で職場健診や人間ドックなどで20名が直接撮影 職場健診(検診車)で78名が間接撮影		
	間接撮影	78			
精密検査実施者数		2			
喀痰検査受診者数		2	結核を確認するため、2人が喀痰検査を実施した。		
発見結核患者数		1	今回の健診で治療対象の結核患者が1名発見された。		
結核の発病の恐れがあると 診断された者の数		1	今回の健診で1名が要観察となったが、結核の患者ではない。		
未受診者数		2			
未受診 の理由と 人数	妊娠等	1			
	休職・休学 (育休・病気休等)	1			
	退学・退所				
	その他 (理由と人数を記載)				
備考					

【提出先・お問合わせ先】

千葉県山武保健所(山武健康福祉センター) 健康生活支援課 結核担当

〒283-0802 東金市東金907-1

TEL:0475-54-0611

FAX:0475-52-0274