高松市保健所 感染症対策課 感染症予防係　行

FAX ： ８１３－０２２１

結核定期健康診断報告書

（宛先）高松市保健所長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 実施年月 | 令和　　　年　　　　　月 |
| 実施者の名称 | （代表者　　　　　　　　　　） | 連絡先 | 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| 実施者の所在地 |  | FAX番号 |  |

健診を実施した月を記入してください。

実施のない月は報告不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施者・対象者区分実施区分 | 学校 | 医療機関 | 介護老人保健施設等 | 社会福祉施設 | 刑事施設 | 市町村 |
| 従事者 | 学生又は生徒 | 従事者 | 従事者 | 従事者 | 入所者 | 被収容者 | 居住者 |
| 検査内容 | 直接撮影 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 間接撮影 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 喀痰検査者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 合計 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

**◆（健診した者のうち）結核患者及び結核発病のおそれがあると診断された者の数**

結核患者　　　人 ／ 潜在性結核感染者　　　人 ／ 結核発病のおそれあり　　　人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者数（未受診者も含む） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 未受診者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

　**◆未受診者の理由及びその人数**（理由）　　　　　　　　　　　　　　（人数）　　　　　人

※ 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**第53条の2**の規定により、事業者、学校の長、施設の長及び市町村長は、結核に係る定期の健康診断を行うこととされています。

※ この報告は、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**第53条の7**の報告義務に基づくものです。

◆提出先◆　〒７６０-００７４　高松市桜町一丁目１０番２７号

高松市保健所　感染症対策課 感染症予防係 TEL:８３９-２８７０　FAX:８１３-０２２１

**※対象者の定期健康診断終了後、すみやかに郵送、FAX又は下記入力フォームから報告してください。**

https://logoform.jp/form/dV7M/197071

二次元コードからも

アクセスできます