**令和　　　年度　結核定期健康診断実施報告書**

千代田保健所長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告年月日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号： | 担当者名： |

必ずご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| **区分** | **人数** |
| **事業者** | **施設の長** |
| **健診対象者数（従事者数・６５歳以上の入所者数）** | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 |
| **胸部X線検査** | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 |
| 結果 | 結核患者数 | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 |
| 結核発病の恐れがあると診断された者 | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 |

|  |
| --- |
| **未受診理由**　※胸部X線検査の未受診者がいる場合は、未受診の理由をこちらに記載してください。 |
|  |

該当者がいる場合はご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| **区分** | **人数** |
| **事業者** | **施設の長** |
| 喀痰検査（結核に関するものに限る） | 　　　　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　　人 |
| QFT検査 | 　　　　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　　人 |
| T-spot検査 | 　　　　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　　人 |

**記入上の注意**　　　※別紙記入例も併せてご確認ください

1. 職員は事業者欄、６５歳以上の入所者は施設の長欄に記入してください。職員は、雇用形態・期間に関わらず結核定期健康診断の対象となります。
2. 千代田区内にある施設に勤務する従事者のみ対象です。別の区市町村に主たる勤務先がある方はこの報告の対象者数に含まず、主たる勤務先でご報告ください。

**報告先・お問合せ先**

千代田保健所健康推進課　感染症対策係

メール：kenkousuishin@city.chiyoda.lg.jp 電話：03-5211-8173　　　　FAX：03-5211-8192

令和７年度以降の報告について、保健所からの依頼方法変更を検討しています。

下記のいずれかに〇をつけてください。

メールでの依頼は　（　可　・　不可　）

送付希望メールアドレス：