別紙１

令和　　年度結核健康診断実績報告書

静岡県知事　様

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の種類 | 病　院　・　診療所　・　歯科診療所　・　助産所  （※該当するものに○をつけてください） |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話（担当者名） | TEL：　　　　-　　　-  （担当者名　　　　　　　　　　） |
| 実施年月 | 令和　　　　　　　年　　　　　　　　　月 |
| 対象者数 | 人 |
| 間接撮影者数 | 人 |
| 直接撮影者数 | 人 |
| 喀痰検査者数 | 人 |
| 受　　診　　結　　果 | |
| 結核患者 | 人 |
| 潜在性結核感染者 | 人 |
| 結核発病のおそれが  あると診断された者 | 人 |

* 対象者は**4月1日時点**の職員数を記入してください。
* 「結核患者」とは、結核患者と診断された者で、医師による直接の医療行為を必要とする者です。
* 「潜在性結核感染者」は、臨床的特徴や画像所見等を認めないが、QFT検査等の結果から結核感染が明かな者又は強く疑われる者です。
* 「結核発病のおそれがあると診断された者」とは、医師による直接の医療行為は必要としないが、定期的に医師の経過観察を指示された者です。
* 同一人物が２回以上健康診断を実施した場合でも「１人」としてください。

郵送、FAX、またはオンライン（ふじのくに電子申請サービス）で報告してください。

**健康診断実施月の翌月１０日まで**に報告願います。

〒416-0906　富士市本市場４４１－１　富士保健所医療健康課

ＦＡＸ　０５４５－６５－２２８８

**（ふじのくに電子申請サービスについて）**

静岡県ホームページ　富士健康福祉センター　医療健康課

「結核定期健康診断の実績報告について」に電子申請サービスへのリンクがあります。