この様式はコピーの上、来年度以降も引き続き報告願います（ＦＡＸ可）。

東部保健所　地域医療課あて

電　話**：**０５５－９２０－２０８２**ＦＡＸ**：**０５５－９２０－２１９４**　　（送付文は不要です）

社会福祉施設報告用

**令和 年度結核定期健康診断実施報告書**

静岡県東部保健所長　様

令和　　年　　月　　日

１　施設の種類（該当するものを○で囲ってください）

・救護施設　・更生施設

・養護老人ホーム　・特別養護老人ホーム　・軽費老人ホーム

・障害者支援施設

・婦人保護施設

２　所在地

３　名称 （電話　 ）

４　担当者職・氏名

５　実施期間 　　　　　　年　　　月　～　　　　　　年　　　月

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **入所者**  （６５才以上が対象者） | **職　　　員**  （社会福祉施設） |
| 対象者数A | | | 人 | 人 |
| 受診者数(実人員)B | | | 人 | 人 |
| 内訳(検査項目別) | 間接撮影者数 | | 人 | 人 |
| 直接撮影者数 | | 人 | 人 |
| 喀痰検査者数 | | 人 | 人 |
| 受 診 率 ( ％ )  (Ｂ／Ａ＊100) | | | ％ | ％ |
| 被発見者数 | | 結核患者 | 人 | 人 |
| 結核発病のおそれが あると診断された者 | 人 | 人 |

**未受診者：　　　　　人**

**未受診となった理由**

※　本表は、当該年度（当年4月1日～翌年3月31日）の状況について作成願います。

※「結核発病のおそれがあると診断された者」とは、医師による経過観察が必要と指示された者です。

※　この報告書は、毎年度事業完了した翌月１０日までに報告願います。