

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。