

送付先

津島保健所健康支援課 FAX 0567-28-6891

様式 1

愛知県結核健康診断報告書（平成 年 月実施分）

愛知県知事殿

報告年月日 年 月 日

事業所等の名称				実施者 種別	1 事業者 2 学校長 3 施設の長 4 市町村長	
所在地						
電話番号						
実施者名						
対象者の区分		従事者	学生または 生徒	入所者 収容者	住 民	
					65 歳以上	その他
対象者数						
健康診断	胸部 エックス線 検査者数	間接				
		直接				
	喀痰検査者数					
被発見者数	結核患者					
	潜在性結核感染者					
	結核発病のおそれがある と診断された者					
未受診者数		(未受診の理由)			【その他の対象者の内訳・理由】	
_____ 人		。			(市町村実施のみ記入)	
		(未受診者への対応内容)				

- \* 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 第 1 項に規定する事業者、学校の長、施設の長及び同条第 3 項に規定する市町村長は、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。