様式第 41 号

結核健康診断報告（社会福祉施設用）

（あて先）名古屋市長

年　　月実施分

報告年月日　　年　　月　　日

施設所在地・名称			
区分		従事者＊	入所者 （65 歳以上の者）
対象者数			
受診者数			
間接撮影者数			
直接撮影者数			
かくたん検査者数			
被発見者	結核患者		
	結核発病のおそれがあると診断された者		

＊従事者：常勤・非常勤を問わず、反復継続して従事している方（パート職員、事務職員等も含む）

※毎年度１回、結核健康診断を実施後できるだけ早く、（**翌年度４月末日までに**）本様式にて所在区の保健センターへ FAX でご報告いただくようお願いします。

各区保健センターFAX 番号

千種保健センター	751-3545	昭和保健センター	731-0957	守山保健センター	796-0040
東保健センター	937-5145	瑞穂保健センター	837-3291	緑保健センター	891-5110
北保健センター	911-2343	熱田保健センター	681-5169	名東保健センター	773-6212
西保健センター	531-2000	中川保健センター	361-2175	天白保健センター	803-1251
中村保健センター	481-2210	港保健センター	651-5144		
中保健センター	265-2259	南保健センター	614-2818		

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及び第５３条の７に基づき、施設の長には、従事者及び 65 歳以上の入所者の結核健康診断の実施及び各区保健センターへの受診者数・患者発見者数等の報告義務があります。国の監査でも指摘を受けておりますので、何卒ご協力ください。