

結核健康診断報告（刑事施設用）

（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		
対象者数（20歳以上の収容者）		
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	

※毎年度1回、全従事者の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いたします。

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	483-1131	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、病院、診療所・介護老人保健施設の長は、従事者の結核健康診断を実施し、各区保健所へ受診者数・患者発見者数等を報告いただくことになっております。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。