

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 日
 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	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、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所への受診者数・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。