別紙様式１

結核定期健康診断月報（　　　　　年　 　月分）

報告年月日　　　　　年 　　月　　 日

小樽市長　様

住所

施　設（学校）長名

事業者（施設・学校）名

担当部局

担当者名・連絡先（電話番号）

１　実施者種別（該当するもの全てを○で囲むこと。）

1. 事業者

学校・病院・診療所・助産所・介護老人保健施設・第一社会福祉事業（事業内容：　　　　　　）

1. 学校長

大学・高等学校・高等専門学校・専修学校・各種学校

1. 施設の長

監獄・第一社会福祉事業（事業内容：　　　　　　　）

２　対象者の区分と感染症法に基づく結核の定期健康診断の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 従事者 | 学生（生徒） | 入所（収容）者 | その他（　　） |
| 対象者数 |  |  |  |  |
| 健康診断 | 胸部エックス線検査者数 | 直接 |  |  |  |  |
| 間接 |  |  |  |  |
| 喀痰検査者数 |  |  |  |  |
| その他の健診 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| その他 | 健診の未実施者がいる場合に記入 | 【未実施者数】　　　　　　　　　　　人 |
| 【未実施の理由別内訳（具体的に記入）】 |

＜記入上の注意＞

１　「対象者数」は年度内に健診を受けなければならない対象者全員の数を記入してください。

２　健診月毎、又は最終月に取りまとめ、翌月の１０日までにＦＡＸ又は郵送で御報告ください。

３　年度内に複数回に分けて報告するときは、月の報告に加えて、当該年度における累計数を括弧に入れ記入してください。

**小樽市保健所　保健総務課　庶務グループ　(ＦＡＸ ０１３４－２２－１４６９)**

**＜参考＞**

**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**（平成10年法律第114号）抜粋

（通報又は報告）

**第53条の７**　健康診断実施者は、定期の健康診断を行ったときは、その健康診断（第53条の４又は第53条の５の規定による診断書その他の文書の提出を受けた健康診断を含む。）につき、受診者の数その他厚生労働省令で定める事項を当該健康診断を行った場所を管轄する保健所長（その場所が保健所を設置する市又は特別区の区域内であるときは、保健所長及び市長又は区長）を経由して、都道府県知事に通報又は報告しなければならない。

**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施行規則**（平成10年厚生省令第99号）抜粋

（健康診断の通報又は報告）

**第27条の5**　定期の健康診断の実施者（以下次項において「健康診断実施者」という。）は、法第53条の２の規定によって行った定期の健康診断及び法第53条の４の規定によって診断書その他の文書の提出を受けた健康診断について、次に掲げる事項を、一月ごとに取りまとめ、翌月の10日までに、法第53条の７第１項（同条第２項において準用する場合を含む。次項において同じ。）の規定に従い、通報又は報告しなければならない。

　一　事業者の行う事業、学校若しくは施設の所在地及び名称又は市町村若しくは都道府県の名称

　二　実施の年月

　三　方法別の受診者数

　四　発見された結核患者及び結核発病のおそれがあると診断された者の数

２　健康診断実施者は、法第53条の５の規定によって診断書その他の文書の提出を受けた健康診断について、前項各号に掲げる事項を一月ごとに取りまとめ、翌月の10日までに、法第53条の７第１項の規定に従い通報又は報告しなければならない。