

年度内1回報告:提出期限(令和9年3月31日(水)当区必着)  
※なお、R9. 1月末までに報告がない場合は、再依頼の文書を送付します。

## 令和8年度 結核健康診断実績報告書

文京保健所長殿

令和8年4月1日から令和9年3月31日実施分

報告年月日 年 月 日

|                                                                          |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|--|
| 所在地                                                                      |                        |                                                                                   |                     | 実施者種別                  |  |
| 施設名等                                                                     |                        |                                                                                   |                     | 1 事業者 2 学校長 3 施設の長     |  |
| 連絡先                                                                      | 担当者                    |                                                                                   |                     | 電話番号                   |  |
| 原則、施設ごとに報告<br>(法人等で複数の施設分を取りまとめて提出する場合は、本報告書の対象となるすべての施設名・所在地を明記してください。) |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| 法人<br>とりまとめ分<br>(内訳)                                                     | 施設名                    |                                                                                   |                     | 施設名                    |  |
|                                                                          | 施設名                    |                                                                                   |                     | 施設名                    |  |
|                                                                          | 施設名                    |                                                                                   |                     | 施設名                    |  |
| 実施者種別                                                                    |                        | 1<br>事業者<br>(業務に従事する全職員)                                                          | 2<br>学校長<br>(入学者のみ) | 3<br>施設の長<br>(施設入所者のみ) |  |
| A 対象者数<br>(B+C)                                                          |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| B 受診実人員<br>(未受診者がいる場合は、C欄必須)                                             |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| X線検査者数                                                                   |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| かくたん検査者数                                                                 |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| IGRA検査者数                                                                 |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| (再掲)QFT検査者数                                                              |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| (再掲)T-SPOT検査者数                                                           |                        |                                                                                   |                     |                        |  |
| 被<br>発<br>見<br>者<br>数                                                    | 結核患者                   |                                                                                   |                     |                        |  |
|                                                                          | 潜在性結核感染症の者             |                                                                                   |                     |                        |  |
|                                                                          | 結核発病のおそれがある<br>と診断された者 |                                                                                   |                     |                        |  |
| C 未受診理由<br>(未受診者がいる場合は必須)                                                |                        | ・年度内受診予定(                  名) ・妊娠中等(                  名)<br>・その他の理由(人数も記載してください。) |                     |                        |  |

### 記入上の注意

- 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲み、該当欄に人数を記入すること。
  - 学校及び施設の場合、所属職員については事業者とし、生徒及び入所者については学校長又は施設の長とし、2枚提出すること。
  - 未受診者がいる場合には、未受診理由の記載をお願いいたします。
- (令和8年4月一部改訂)