

健危第1090号

令和7年4月14日

公益社団法人神奈川県医師会会長 様

神奈川県健康医療局保健医療部
健康危機・感染症対策課
感染症対策担当課長
(公 印 省 略)

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の規定に基づく結核に係る定期の健康診断の報告について（依頼）

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃から格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、医療機関におかれましては、結核菌に暴露される機会が多い等の理由から、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7に基づき、従事者に対し、毎年度、結核に係る健康診断を実施し、その結果を、医療機関の所在地を管轄する保健福祉事務所に報告しなければなりません。

つきましては、今年度の健康診断実施結果について、所定の期日までに保健福祉事務所に報告するよう、郡市医師会を通じ、貴会員に周知していただきますようお願いいたします。

なお、本依頼は、公益社団法人神奈川県病院協会あてにも送付していることを申し添えます。

（1）当該通知の対象

県所管域（横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、藤沢市、茅ヶ崎市及び寒川町を除く県全域）

（2）定期結核健康診断の対象者

区分	対象者	実施時期
病院・診療所	従事者	毎年度

(3) 定期結核健康診断結果の報告

1月ごとにとりまとめ、翌月の10日までに別添の様式により、病院・診療所所在地を管轄する保健福祉事務所へ報告をお願いいたします。

(4) 留意事項

次の場合は、定期結核健康診断を実施したものとみなすことができます。ただし、この場合も結果の報告が必要です。

- ・労働安全衛生法等に基づく健康診断（胸部エックス線検査等）を実施した場合
- ・健康診断を受けるべき期間満了前3月以内に、対象者が他で健康診断を受け、その結果を医療機関管理者に提出した場合

(5) 参考事項

リーフレット「定期の結核に係る健康診断の報告は忘れずに！」をご参考までに添付します。

問合せ先

感染症対策連携グループ 河村 吉田

電 話 (045) 210-1111

定期の結核に係る健康診断の 報告は忘れずに！

- 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7に基づき、事業者、学校長、施設長等が行った定期の結核に係る健康診断については、1月ごとにとりまとめ、翌月の10日までにその健康診断を行った場所を管轄する保健所長を経由して都道府県知事に報告することになっています。
- 次の対象者に対し、定期の結核に係る健康診断を実施した場合、「結核健康診断月報」により、忘れずに報告してください。

結核定期健康診断の対象者

健康診断の実施者	対象者の区分	対象者	定期
事業者	学校(専修学校及び各種学校を含み、幼稚園を除く)	従事者	毎年度
	病院		
	診療所・歯科診療所		
	助産所		
	介護老人保健施設		
	社会福祉施設(※)		
学校の長	大学(短期大学、大学院を含む)	学生または生徒	入学した年度
	高等学校、高等専門学校		
	専修学校、各種学校(修業年限が1年未満のものを除く)		
施設の長	刑事施設に収容されている者	20歳に達する日の属する年度以降	毎年度
	社会福祉施設(※)に入所している者	65歳に達する日の属する年度以降	毎年度

(※) 社会福祉施設

ア 生活保護法関係	救護施設、更生施設
イ 老人福祉法関係	養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム
ウ 障害者総合支援法関係	障害者支援施設
エ 売春防止法関係	婦人保護施設

※ 対象者が、健康診断を受けるべき期日又は期間満了前3月以内に、他で受けた健康診断(胸部エックス線検査等)についても、医師の診断書その他健康診断の内容を証明する文書を結核健康診断の実施者に提出したときは、当該者は、定期の結核健康診断を受けたものとみなされます。

なお、この場合も、月報による報告の対象となります。

※ 健診を実施していない月の分のご報告は不要です。ただし、年度内(4月～翌年3月)に、事情により一度も実施できなかった場合は、受診者数0として月報の提出をお願いします。

※ 健診結果がでていない等の事情により、翌月の10日までに報告することができない場合は、健診結果がまとまりましたら、すみやかにご報告をお願いします。

○ 報告様式を次のホームページに掲載しておりますので、ご活用ください。

<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f7602/>

(県トップページ > 健康・福祉・子育て > 感染症・病気 > 結核対策について)

○ 月報の提出先

保健福祉事務所名	住所	電話 ファックス	学校、施設、医療機関等の所在地
平塚保健福祉事務所 (保健予防課)	〒254-0051 平塚市豊原町6-21	0463-32-0130 0463-35-4025	平塚市、大磯町 二宮町
秦野センター (保健予防課)	〒257-0031 秦野市曾屋2-9-9	0463-82-1428 0463-83-5872	秦野市・伊勢原市
鎌倉保健福祉事務所 (保健予防課)	〒248-0014 鎌倉市由比ガ浜2-16-13	0467-24-3900 0467-24-4379	鎌倉市、逗子市 葉山町
三崎センター (保健予防課)	〒238-0221 三浦市三崎町六合32	046-882-6811 046-881-7199	三浦市
小田原保健福祉事務所 (保健予防課)	〒250-0042 小田原市荻窪350-1	0465-32-8000 0465-32-8138	小田原市、箱根町、 真鶴町、湯河原町
足柄上センター (保健予防課)	〒258-0021 足柄上郡開成町吉田島2489-2	0465-83-5111 0465-82-8408	南足柄市、中井町 大井町、松田町 山北町、開成町
厚木保健福祉事務所 (保健予防課)	〒243-0004 厚木市水引2-3-1	046-224-1111 046-221-4834	厚木市、海老名市 座間市、愛川町 清川村
大和センター (保健予防課)	〒242-0021 大和市中央1-5-26	046-261-2948 046-261-7129	大和市、綾瀬市

○ 保健所設置市(横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市・藤沢市・茅ヶ崎市(寒川町を含む))に所在する医療機関や学校、施設については、各市の指定する様式を使用し、各市にご提出ください。

問合せ先

神奈川県健康医療局医療危機対策本部室

電話 045-210-1111

様式37

結核健康診断月報

_____保健福祉事務所長 殿

____年 ____月分
報告年月日 ____年 ____月 ____日

事業者等の名称及び所在地				実施者種別	1 事業者 2 学校の長 3 施設の長 4 市町村長
実 施 者 名					
実施者の対象区分	事業者	学 校 の 長	施設の長	市町村長	
対象者	従事者 (施設職員や医療機関職員、教職員等)	学生・生徒 (新入生が対象)	入所者・収容者	65歳以上	その他
対 象 者 数					
受 診 者 数					
間接撮影者数					
直接撮影者数					
かくだん 喀痰検査者数					
被 発 見 者 数	結核患者				
	結核発病のおそれがあると診断された者				

記入上の注意

- 1 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。

月報提出先

保健福祉事務所名	住所	電話 ファックス	学校、施設、医療 機関等の所在地
平塚保健福祉事務所 (保健予防課)	〒254-0051 平塚市豊原町6-21	0463-32-0130 0463-35-4025	平塚市、大磯町 二宮町
秦野センター (保健予防課)	〒257-0031 秦野市曾屋2-9-9	0463-82-1428 0463-83-5872	秦野市・伊勢原市
鎌倉保健福祉事務所 (保健予防課)	〒248-0014 鎌倉市由比ガ浜2-16-13	0467-24-3900 0467-24-4379	鎌倉市、逗子市 葉山町
三崎センター (保健予防課)	〒238-0221 三浦市三崎町六合32	046-882-6811 046-881-7199	三浦市
小田原保健福祉事務所 (保健予防課)	〒250-0042 小田原市荻窪350-1	0465-32-8000 0465-32-8138	小田原市、箱根 町、真鶴町、湯河 原町
足柄上センター (保健予防課)	〒258-0021 足柄上郡開成町吉田島2489-2	0465-83-5111 0465-82-8408	南足柄市、中井町 大井町、松田町 山北町、開成町
厚木保健福祉事務所 (保健予防課)	〒243-0004 厚木市水引2-3-1	046-224-1111 046-221-4834	厚木市、海老名市 座間市、愛川町 清川村
大和センター (保健予防課)	〒242-0021 大和市中央1-5-26	046-261-2948 046-261-7129	大和市、綾瀬市

保健所設置市（横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市・藤沢市・茅ヶ崎市(寒川町含む)）
に所在する医療機関や学校、施設については、各市の指定する様式を使用し、各市にご提
出ください。

結核健康診断月報

〇〇保健福祉事務所長 殿

記載例

学校や施設、医療機関において従事者に対して健康診断を実施した場合、「1 事業者」としての報告となります。
よって、例えば、高等学校が教職員及び新入生に対して実施した場合、実施者種別は「1 事業者」及び「2 学校の長」となります。

令和4年9月分
報告年月日 令和4年10月4日

事業者等の名称及び所在地	△△△学院 〇〇市〇〇町〇-〇〇		実施者種別	1 事業者 2 学校の長 3 施設の長 4 市町村長	
実施者名	学校法人 〇〇〇		対象者数は、健診を実施した月における対象者数を記載してください。		
実施者の対象区分	事業者	学校の長	施設の長	市町村長	
対象者	従事者 (施設職員や医療機関職員、教職員等)	学生・生徒 (新入生が対象)	入所者・収容者	65歳以上	その他
対象者数	62	138			
受診者数	24	130			
間接撮影者数	0	130			
直接撮影者数	24	0			
かくたん 喀痰検査者数	0	0			
被 発 見 者 数	結核患者	0		新入生のみが対象です。また、小中学校は児童・生徒への定期結核健診の対象外のため、記載は不要です。	
	結核発病のおそれがあると診断された者	0			

教職員に実施した健診も、忘れずに報告してください。

記入上の注意
1 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。

健診を実施していない月の分のご報告は不要です。
ただし、年度内(4月～翌年3月)に一度も実施できなかった場合は、受診者数0として月報の提出をお願いします。

結核健康診断月報

〇〇保健福祉事務所長 殿

記載例

学校や施設、医療機関において従事者に対して健康診断を実施した場合、「1 事業者」としての報告となります。

令和4年9月分

報告年月日 令和4年10月4日

事業者等の名称及び所在地	〇〇小学校 〇〇市〇〇町〇-〇〇		実施者種別	☒ 1 事業者 2 学校の長 ☐ 3 施設の長 4 市町村長	
実施者名	学校法人△△学園 理事長 〇〇 〇〇				
実施者の対象区分	事業者	学校の長	施設の長	市町村長	
対象者	従事者 (施設職員や医療機関職員、教職員等)	学生・生徒 (新入生が対象)	入所者・収容者	65歳以上	その他
対象者数	49				
受診者数	30				
間接撮影者数	0				
直接撮影者数	30				
かくだん 喀痰検査者数	0				
被 発 見 者 数	結核患者	0			
	結核発病のお それがあると診 断された者	0			

対象者数は、健診を実施した月における対象者数を記載してください。

小中学校は児童・生徒への定期結核健診の対象外のため、記載は不要です。

記入上の注意

- 1 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。

健診を実施していない月の分のご報告は不要です。
ただし、年度内(4月～翌年3月)に一度も実施できなかった場合は、
受診者数0として月報の提出をお願いします。

結核健康診断月報

〇〇保健福祉事務所長 殿

記載例

学校や施設、医療機関において従事者に対して健康診断を実施した場合、「1 事業者」としての報告となります。
よって、例えば、施設が従事者及び入所者に対して実施した場合、実施者種別は「1 事業者」及び「3 施設の長」となります。

令和4年9月分
報告年月日 令和4年10月4日

事業者等の名称及び所在地	特別養護老人ホーム 〇〇苑 〇〇市〇〇町〇-〇〇		実施者種別	1 事業者 2 学校の長 3 施設の長 4 市町村長	
実施者名	社会福祉法人 〇〇〇会		対象者数は、健診を実施した月における対象者数を記載してください。		
実施者の対象区分	事業者	学校の長	施設の長	市町村長	
対象者	従事者 (施設職員や医療機関職員、教職員等)	学生・生徒 (新入生が対象)	入所者・収容者	65歳以上	その他
対象者数	70		79		
受診者数	44		25		
間接撮影者数	0		0		
直接撮影者数	44		25		
かくたん 喀痰検査者数	0		0		
被 発 見 者 数	結核患者	0	0		
	結核発病のお それがあると診 断された者	0	0	従事者に実施した健診も、忘れずに報告してください。	

記入上の注意
1 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。

健診を実施していない月の分のご報告は不要です。
ただし、年度内(4月～翌年3月)に一度も実施できなかった場合は、受診者数0として月報の提出をお願いします。

結核健康診断月報

〇〇保健福祉事務所長 殿

記載例

学校や施設、医療機関において従事者に対して健康診断を実施した場合、「1 事業者」としての報告となります。

令和4年9月分
報告年月日 令和4年10月4日

事業者等の名称及び所在地	〇〇の丘 〇〇市〇〇町〇-〇〇		実施者種別	1 事業者 2 学校の長 3 施設の長 4 市町村長	
実施者名	医療法人社団△△ 理事長 〇〇 〇〇				
実施者の対象区分	事業者	学 校 の 長	施設の長	市町村長	
対象者	従事者 (施設職員や医療機関職員、教職員等)	学生・生徒 (新入生が対象)	入所者・収容者	65歳以上	その他
対 象 者 数	63			対象者数は、健診を実施した月における対象者数を記載してください。	
受 診 者 数	49				
間接撮影者数	0				
直接撮影者数	49				
かくたん 喀痰検査者数	0				
被 発 見 者 数	結核患者	0		老健については、入所者への定期結核健診の対象外のため、記載は不要です。	
	結核発病のおそれがあると診断された者	0			

記入上の注意
1 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。

健診を実施していない月の分のご報告は不要です。
ただし、年度内(4月～翌年3月)に一度も実施できなかった場合は、受診者数0として月報の提出をお願いします。

結核健康診断月報

〇〇保健福祉事務所長 殿

記載例

令和4年9月分

報告年月日 令和4年10月4日

事業者等の名称及び所在地	△△病院 〇〇市〇〇町〇-〇〇		実施者種別	☒ 1 事業者 2 学校の長 ☐ 3 施設の長 4 市町村長	
実施者名	医療法人〇〇会				
実施者の対象区分	事業者	学校の長	施設の長	市町村長	
対象者	従事者 (施設職員や医療機関職員、教職員等)	学生・生徒 (新入生が対象)	入所者・収容者	65歳以上	その他
対象者数	140				
受診者数	45				
間接撮影者数	0				
直接撮影者数	45				
かくたん 喀痰検査者数	0				
被 発 見 者 数	結核患者	0			
	結核発病のお それがあると診 断された者	0			

対象者数は、健診を実施した月における対象者数を記載してください。

記入上の注意

- 1 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。

健診を実施していない月の分のご報告は不要です。
ただし、年度内(4月～翌年3月)に一度も実施できなかった場合は、受診者数0として月報の提出をお願いします。

結核健康診断月報

〇〇保健福祉事務所長 殿

記載例

令和4年9月分

報告年月日 令和4年10月4日

事業者等の名称及び所在地	〇〇クリニック 〇〇市〇〇町〇-〇〇	実施者種別	1 事業者 2 学校の長 3 施設の長 4 市町村長		
実施者名	医療法人〇〇会				
実施者の対象区分	事業者 従事者 (施設職員や医療機関 職員、教職員等)	学校の長 学生・生徒 (新入生が対象)	施設の長 入所者・収容者	市町村長 65歳以上 その他	
対象者数	12				
受診者数	3			対象者数は、健診を実施した月における対象者数を記載してください。	
間接撮影者数	0				
直接撮影者数	3				
かくたん 喀痰検査者数	0				
被 発 見 者 数	結核患者	0			
	結核発病のお それがあると診 断された者	0			

記入上の注意

- 1 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。

健診を実施していない月の分のご報告は不要です。
ただし、年度内(4月～翌年3月)に一度も実施できなかった場合は、受診者数0として月報の提出をお願いします。