

## 認定調査票（結核）

被災職員氏名	所属部局
1 被災職員に関する基本事項	
(1) 職務歴	
(2) 被災時における担当業務及び従事期間	
2 感染源と認められる結核患者（以下「感染源患者」という。）に関する事項	
(1) 年齢、性別	
(2) 診断傷病名	
(3) 主治医の診断書（直近のもの写しで可）	
(4) 喀痰（塗抹・培養）検査又は胃液検査等の結果（未実施の場合はその旨記入）	
① ガフキー号数	
② 結核菌の薬剤耐性	
③ DNA鑑定	
(5) 胸部X線検査の結果	
(6) 咳の持続期間及び感染危険度指数（ガフキー号数×咳の持続月数）	
3 結核菌曝露の状況	
(1) 感染源患者との接触状況（時系列で詳細に記載） ※別紙可	
(2) 感染源患者と接触した場所の見取図（換気状況等を含む）	
(3) 家族歴	
(4) 公務以外の場で結核菌に感染する可能性の有無（有の場合は具体的状況を記載）	
4 被災職員の症状等	
(1) 保健所の指導により医療機関を受診した場合は、保健所の指導内容等の詳細（定期外健康診断対象者調査票の写し等）	
(2) 健康診断結果	
① 健康診断（過去5年間）の記録の写し、指導区分及び事後措置の内容	
② 人間ドック（過去5年間）の診断結果の写し	

- (3) 肺結核等の既往歴
- (4) ツベルクリン反応自然陽転の時期
- (5) B C G 歴
- (6) 主治医の診断書
- (7) 検査結果（検査未実施の場合は、その旨を記載）
  - ① ツベルクリン反応検査の結果  
 （感染直後及び感染2か月経過後の状況について、硬結の大きさ/発赤の大きさ、二重発赤の大きさ（水疱、壊死、出血等）と詳細に記載）
  - ② 胸部X線検査の結果
  - ③ 喀痰（塗抹・培養）検査又は胃液検査等の結果
    - ア ガフキー号数
    - イ 結核菌の薬剤耐性
    - ウ DNA鑑定
  - ④ 肺門リンパ節腫脹等の検査所見
  - ⑤ 発熱等の自他覚症状
  - ⑥ 投薬の状況（薬剤名、量、投与期間及び副作用出現の状況等）
- (8) 結核予防法第34条に基づく公費負担申請の有無  
 有 ・ 無

地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様

上記のとおり相違ないことを報告します。

年 月 日

被災職員

所属部局 \_\_\_\_\_  
 職名 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

所属長職・氏名 \_\_\_\_\_

※ ご報告いただいた内容に関して、別途ご提出いただく「個人情報の取得に関する同意書」に基づき、共済組合や医療機関へ確認を行う場合があります。

※ 感染源患者及び被災職員に関し、実施していない検査については改めて行う必要はありません。