別記群地基様式第２号の６

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) ＢＣＧ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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部局　　　　　　　　　　　　被災職員　　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。