

西成区あいりん地域内結核対策事業業務委託（長期継続契約）

仕 様 書

西成区役所 保健福祉課 結核対策担当

## 目次

〈仕様書〉	
P 1 ～ P 10	本文
P 11	・暴力団等の排除に関する特記仕様書 ・不適正な契約事案の再発防止対策における特記仕様書
P 12	公正な職務の執行の確保に関する特記仕様書
P 13	生成 AI 利用に関する特記仕様書
〈様式〉	
様式 1 - 1	健診日程表
様式 1 - 2	健診実施報告書
様式 2 - 1	ふれあい・あいりん D O T S 個人票（委託事業者用）
様式 2 - 2	D O T S 記録票
様式 2 - 3	D O T S 記録票
様式 3 - 1	あいりん D O T S 事業活動報告書（拠点）
様式 3 - 2	あいりん D O T S 事業活動報告書（訪問）
様式 4	あいりん D O T S 事業実施状況報告書
様式 5	あいりん D O T S 事業の従事者一覧表
様式 6 - 1	研修報告書（人権問題研修）
様式 6 - 2	研修報告書（合理的配慮研修）
〈別紙〉	
別紙 1	健康診断受診整理票
別紙 2	結核健診を受けられたかたへ
別紙 3	結核健診受診カード
別紙 4	服薬手帳

## 1 件名

西成区あいりん地域内結核対策事業業務委託（長期継続契約）

## 2 目的

本事業は、あいりん地域及び野宿生活者の結核事情に鑑み、発見患者を確実に治療終了に結びつけるために患者との関係をより緊密に図る方策として、あいりん地域における健康診断と結核治療薬の服薬支援（以下「DOTS」という）を一体的に実施することにより、全国平均より非常に高い（令和6年時：19.6倍）あいりん地域における結核罹患率（人口10万人に対する患者割合のこと）を効果的に改善することを目的とする。

## 3 実施期間

令和8年7月1日～令和10年3月31日（21カ月）

## 4 対象者

### （1）あいりん地域内結核健康診断

- ア あいりん地域内の住民及び市内野宿生活者
- イ 市内に居住する満15歳以上の者
- ウ その他西成区保健福祉センター（以下「発注者」という。）が必要と認めた者

### （2）あいりんDOTS事業

- ア あいりん地域における結核患者
- イ その他大阪市保健所感染症対策課及び発注者が他の病気・生活状況から服薬支援を必要と認めた結核患者
  - ※他の病気とは、アルコール依存症者・薬物依存症者・重篤な精神疾患患者等
  - ※生活状況とは、服薬協力者がいない・高齢者（要介護者）・病識が低い等

## 5 実施計画

### （1）あいりん地域内結核健康診断

月4回程度（初年度は約36回、次年度は約48回）

（月あたり受診者見込 20～100人）

※初年度は7月1日～3月31日、次年度は4月1日～3月31日までをいう（以下同じ）。

(参考) 令和6年度実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
開催回数(回)	4	3	1	3	4	4	3	4	3	3	4	4
中止回数(回)	0	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0
受診者数(人)	35	32	23	57	44	54	39	46	40	42	103	61

※中止は、雨天・検診車の不調によるもの。

(2) あいりんDOTS事業

初年度は約1,900回、次年度は約2,500回 (DOTS患者数 約50人)

(参考) 令和6年度実績

〈訪問型〉 587回 (DOTS患者数 26人)

〈拠点型〉 1,646回 (DOTS患者数 12人)

※訪問型・・・患者宅を訪問する。

拠点型・・・受注者があいりん地域内に設けた拠点に患者が来所する。

6 委託業務の範囲

本業務委託において受注者が行う業務の範囲は、次のとおりとする。

(1) あいりん地域内結核健康診断

ア 業務時間

1回あたり最大3時間 (ただし、健診時間は最大2時間30分とする)

イ 業務を行う場所

あいりん地域内で下記「オ①」により調整する。

ウ 業務に要する設備

健診(エックス線)設備については、発注者が初年度は約36回、次年度は約48回(初年度・次年度とも月4回程度)確保する本市デジタル撮影検診車(以下「検診車」という)の活用を原則とする(検診車使用経費は発注者が負担する)。

ただし、受注者が独自に確保した健診設備の使用提案を行うことは妨げない(その場合の設備使用経費は受注者負担とする)。

エ 発注者・受注者の業務分担

① 本市検診車を使用する場合

医師1名、放射線技師2名、運転手1名、職員3名程度は、発注者が配置する。

② 「エ①」を除いた業務体制

受注者が下記「7」により確保すること。

オ 業務内容

① 健診実施日の設定及び場所の調整

- a 健診実施日及び場所の計画案については、発注者が関係各機関等（保健所・警察署・公園事務所など）と調整のうえ、実施前年度中に立案する。
- b 発注者が前項により立案した健診実施日及び場所の計画案に基づき、双方協議のうえ健診実施日及び場所を確定する。なお、受注者が独自に確保した健診設備の使用提案を行うことは妨げず、その際に生ずる健診実施日及び場所の変更についても妨げない。  
※場所については、基本的に会場使用料の発生しない場所（公園内・公道等）で設定することを想定しているが、経費が生じた場合は受注者が負担すること。
- c 受注者は、実施月の前月の 10 日（大阪市の休日を守る条例（平成 3 年大阪市条例第 42 号）第 1 条第 1 項に定める日（以下「市の休日」という。）の場合は、その直前の、市の休日でない日（以下「営業日」という。）までに発注者へ「健診日程表（様式 1 - 1）」を用いて報告すること。ただし、令和 8 年 7 月分は第 1 回目健診実施前に速やかに提出する。  
※様式 1 - 1 の「従事者氏名」欄は、従事者体制が確保されていることを確認するため事前報告を求めるものであり、必要な体制が確保されていれば受注者責任で当日従事者の交代・変更を行うことを可とする。

## ② 事前周知

- a 事前周知については、受注者と発注者の双方が、周知先を重複させることなく協力して実施する。
- b 周知内容には、必ず実施日程及び場所を含めるものとし、周知方法としては、チラシ配付、ポスター掲示は必ず行うこと。
- c 受注者は、上記 a・b の方法に加え、健診受診者の増加に向けた周知方法の工夫策について発注者あてに提案することができる。

## ③ 事前準備

- a 受注者は、健診日当日の受付・問診に使用する「健康診断受診整理票（別紙 1）」について必要部数を作成する（作成したものは健診時に持参すること）。
- b 健診の結果、異常がなかった方への配付用として「結核健診を受けられたかたへ（別紙 2）」に健診実施日を記載し、必要部数を準備する（作成したものは健診時に発注者へ手渡すこと）。

## ④ 健診

- a 健診日当日は、交通整理を行ったうえ、開始時刻の 20 分前までに、原則、発注者貸与の設営物品により会場設営等を行い、健診を実施できる準備を整えること。  
※健診については、原則、発注者が用意した検診車により実施する。検診車内

の撮影から読影、受診者への結果説明まで発注者が担う。なお、上記「6（1）ウ」及び「6（1）オ①b」のとおり、受注者が独自提案を行う場合はこの限りではない。

b 受診者の受付を行い、受注者が作成した「健康診断受診整理票（別紙1）」に従って調査項目の確認を行うこと。

c 発注者が当日持参する「結核健診受診カード（別紙3）」に健診日等を記入し、健診終了後に発注者が交付できるよう準備すること。

d 調査項目の確認が終わった受診者から順次、エックス線の撮影場所まで誘導すること。

e 発注者（医師・保健師等）と連携して受診者の診断結果に応じて次の(a)・(b)の対応を行うこと。

(a) 要医療者で入院が必要な者への対応

- ・ 要医療者が生活保護法適用のための相談等福祉手続きが必要となった場合は大阪市西成区保健福祉センター分館（以下「分館」という）まで同行すること。
- ・ 要医療者と医療機関へ同行することになった場合については、健診場所から付近（約500m以内）の医療機関へ同行し、医療機関職員へ状況を説明すること。
- ・ 要医療者を医療機関まで搬送することになった場合については、健診場所の要医療者を確実に患者搬送車に乗車させ、出発まで確認すること。

(b) 要精密検査者への対応

- ・ 要精密検査者が生活保護法適用のための相談等福祉手続きが必要となった場合は、分館まで同行すること。
- ・ 要精密検査者と医療機関へ同行することになった場合については、健診場所から付近（約500m以内）の医療機関へ同行し、医療機関職員へ状況を説明すること。

⑤ 事業実施報告

a 受注者は、月ごとに「健診実施報告書（様式1-2）」を用いて、原則として翌月10日（市の休日の場合はその直前の営業日）までに発注者へ提出すること。

(2) あいりんDOTS事業

ア 業務日及び時間

受注者は、事業対象者の状況に応じて、営業日の午前9時00分～午後5時30分の時間中に、必要な対応をおこなうこと（実施回数・頻度等については上記「5

(2)」を参照)。

※業務時間には、分館へ訪問し、報告を行う時間を含む。

#### イ 業務を行う場所

- ① 事業対象者の自宅
- ② あいりん地域内で受注者が設けるDOTS実施場所(あいりん地域内に拠点を1か所設けること)

#### ウ 業務内容

##### ① 事前調整

受注者は、DOTSを実施する事業対象者にかかる情報を、「ふれあい・あいりんDOTS個人票(委託事業者用)(様式2-1)」により分館から受理し、初回DOTSの日程等の調整を分館と行うこと。

##### ② 初回DOTS

受注者は、①で調整した日程に基づき事業対象者に対して、分館の保健師とともに初回面接を行い、保健師からDOTS実施上の注意点の引継ぎを受け次回以降のDOTS日を決定する。

##### ③ 2回目以降DOTS

受注者は、事業対象者と面接し、次により、DOTSを実施すること。

##### a 結核治療薬の服薬支援

- (a) 受注者は、事業対象者ごとに営業日の毎日1回、医師の診察・処方指示の薬であることを事業対象者とともに確認し、事業対象者の目の前で事業対象者が服薬したことを直接確認し、服薬状況について発注者が事前に配付した「服薬手帳(別紙4)」に記入を行う。
- (b) 営業日外の服薬については、事前の営業日に、営業日外に服薬を要する薬を事業対象者に渡し、直後の営業日のDOTS時に、営業日外の間事業対象者が服薬した薬の薬殻を確認し、「服薬手帳(別紙4)」に記入する。
- (c) 受注者は、事業対象者に手足のしびれ・食欲不振・視力低下・関節痛などの自覚症状や服薬状況、受診日・喀痰検査日・レントゲン撮影日などの受診状況を聞き取り、顔色・発疹等の他覚症状の把握を行うこと。
- (d) 受注者は、DOTS実施後、事業対象者ごとに「DOTS記録票(様式2-2、様式2-3)」に実施状況を記載すること。
- (e) 「DOTS記録票(様式2-2、様式2-3)」については、翌月10日(市の休日の場合はその直前の営業日)までに発注者へ提出し、内容について報告すること。
- (f) 受注者は、事業対象者に治療中断や極度の体調不良などの問題が生じた場合は、

状況を把握した当日中に分館に報告すること。

- (g) 受注者は、事業対象者から相談があった場合についても、相談があった当日中に分館に報告すること。
- (h) 受注者は、拠点に事業対象者が来ない場合、事業対象者の自宅に訪問し、服薬支援を行うとともに、至った状況を確認し、当日中に分館へ報告すること。
- (i) 受注者は、訪問時に事業対象者が不在の場合、時間を改めて再度訪問し、再訪問の際にも不在の場合は、当日中に分館へ報告すること。
- (j) 受注者は上記(f) (g) (h) (i)の報告を行った際は、後日その内容を記載した「DOTS記録票（様式2-3）」を分館に提出すること。
- (k) 受注者は、事業対象者が治療を中断することのないよう、事業対象者の悩み・生活状況を聞き取る等として人間関係の構築に努めること。なお、結核治療（服薬）を途中で中断させない工夫策について発注者あてに提案することができる。

#### b DOTS実施ができない場合の対応

- (a) 受注者は、事業対象者が行方不明になるなど、連絡が通じなくなりDOTS実施ができない場合には、事業対象者の捜索に最善を尽くすこと。
- (b) 事故が発生した場合等、緊急を要する場合は適切な対応をとること（救急車の要請や警察への連絡など）。
- (c) (a) (b)が発生した場合は、その状況や対応した内容について、当日中に分館に報告し、後日その内容を記載した「DOTS記録票（様式2-3）」を分館に提出すること。

#### c DOTS実施日の変更

DOTS当日の時間変更や中止等が生じた場合は、分館は受注者に速やかに連絡を行い、受注者はその対応を行う。

#### ④ 事業実施報告

受注者は、月ごとに「報告書（様式3-1、様式3-2、様式4）」を作成し、原則として翌月10日（市の休日の場合はその直前の営業日）までに発注者へ提出すること。

#### (3) その他

受注者が、上記4の事業対象者に対する健康維持・増進や治療後の自立支援に資する工夫等を独自に行う場合は、発注者へ事前提案のうえ、発注者と協議し対応すること。

## 7 従事者の体制について

- (1) 本業務を円滑に実施するために責任者を設置し、必要な従事者体制を組むとともに、各要員の役割を記載した体制図（任意様式で可）を発注者に提出すること。
- (2) 責任者は本仕様書における、協議・提案・報告・調整等、発注者との連絡調整業務を担い、発注者と速やかに連絡が取れる体制を整えておくこと。
- (3) 従事者体制に欠員が生じた場合は、早急な人材確保に努めるほかに、確保できるまでは業務に支障がないよう人員配置すること。
- (4) あいりん地域内結核健康診断については、上記「6（1）オ①c」のとおり必要な人員体制を毎回確保すること。
- (5) あいりんDOTS事業については、業務開始前に、従事する全ての従事者の氏名及び常勤・非常勤の別を「あいりんDOTS事業の従事者一覧表（様式5）」に記載して発注者に報告すること。
- (6) 業務実施にあたり、事故が発生した場合等の緊急時に備え、責任者は、従事者と連絡をとれる体制を整えておくこと。
- (7) 従事者が著しく不適正と判断される場合には、発注者は受注者に対し、その者の変更を求めることができるものとする。

## 8 受注者の責務

### (1) 従事者への説明及び各種研修

ア 受注者は本事業に従事する全ての者に対して、本事業の目的、内容、本事業に必要な知識（とりわけ、結核を含む感染症に対するもの）、安全確保及び危険回避に関する事項等について、適切に説明し十分に理解させた上で本事業に係る業務に従事させること。

イ 受注者は本事業に関係する全ての者が、さまざまな人権問題について正しい認識を持って本事業を遂行するよう、従事者向けの研修等を毎年度実施すること。また、研修実施後速やかに発注者へ研修内容を報告（様式6-1）すること。

ウ 受注者は「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（平成25年法律第65号）に基づき、合理的配慮の提供が適切になされるよう、大阪市が定めた「大阪市における障がい者を理由とする差別の解消の推進に関する対応要領」を踏まえた、従事者向けの研修等を毎年度実施すること。また、研修実施後速やかに発注者へ研修内容を報告（様式6-2）すること。

### (2) 事業の改善

受注者は、発注者が本事業の実施に関して調査及び報告を求めた場合には、速やかに対応し、その結果等を報告すること。この場合において、発注者が、なお問題があると認めたときは、双方協議のうえ改善を図ること。

なお、発注者が必要と判断した場合には、発注者が直接、事業の対象者に実施状況について聞き取りすることがある。

(3) 安全及び健康への配慮

ア 受注者は本事業に関わる全ての者についての健康と安全に注意し、適宜休息を与えるなど配慮しなければならない。

イ 受注者は、本事業に関わって、消毒等の感染症に対する必要な対策を取ること。

(4) 個人情報の保護

ア 受注者は、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）及び「大阪市個人情報の保護に関する法律の施行等に関する条例」（令和5年大阪市条例第5号）に基づき、次に掲げる事項を厳守すること。また、履行期間を満了した後も同様とする。

① 本事業の履行により直接または間接的に知り得た個人情報を第三者に提供しないこと。

② 個人情報を本事業以外の目的で使用しないこと。

③ 個人情報の複写・複製を本事業以外の目的で行わないこと。

イ 受注者は、個人情報に関する事故が発生したときは、直ちに発注者にその旨を報告すること。なお、個人情報の保護について疑義が生じた場合は、双方協議のうえ対応すること。

(5) 損害賠償

ア 受注者が故意または過失により、発注者又は第三者に損害を与えた場合は、受注者はその損害を賠償しなければならない。

イ 本事業の履行に際し、受注者が損害を受けた場合は、発注者の責に帰すべき場合を除き、発注者は損害賠償の責を負わないものとする。

9 再委託について

(1) 業務委託契約書第16条第1項に規定する「主たる部分」とは次の各号に掲げるものをいい、受注者はこれを再委託することはできない。

ア 委託業務における総合的企画、業務遂行管理、業務の手法の決定及び技術的判断等

イ 6(1)及び6(2)ウの業務

(2) 受注者は、コピー、ワープロ、印刷、製本、トレース、資料整理などの簡易な業務の再委託にあたっては、発注者の承諾を必要としない。

(3) 受注者は、9(1)及び9(2)に規定する業務以外の再委託にあたっては、書面により発注者の承諾を得なければならない。

なお、元請の契約金額が1000万円を超え契約の一部を再委託しているものにつ

いては、再委託相手先、再委託内容、再委託金額を公表する。

(4) 地方自治法施行令第167条の2第1項第2号の規定に基づき、契約の性質又は目的が競争入札に適さないとして、随意契約により契約を締結した委託業務においては、発注者は、9(3)に規定する承諾の申請があったときは、原則として業務委託料の3分の1以内で申請がなされた場合に限り、承諾を行うものとする。ただし、業務の性質上、これを越えることがやむを得ないと発注者が認めたとき、又は、コンペ方式若しくはプロポーザル方式で受注者を選定したときは、この限りではない。

(5) 受注者は、業務を再委託及び再々委託等(以下「再委託等」という。)に付する場合、書面により再委託等の相手方との契約関係を明確にしておくとともに、再委託等の相手方に対して適切な指導、管理の下に業務を実施しなければならない。

なお、再委託等の相手方は、大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく停止措置期間中の者、又は大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けている者であってはならない。

また、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱第12条第3項に基づき、再委託等の相手方が暴力団員又は暴力団密接関係者でない旨の誓約書を業務委託契約書第16条第2項及び第16条の2第2項に規定する書面とあわせて発注者に提出しなければならない。

## 10 委託料の支払い等

(1) 受注者が業務を遂行するにあたり必要となる経費は、契約金額に含まれるものとし、発注者は、契約金額以外の費用を負担しない。

(2) 委託料には消費税額を含む。

(3) 受注者は、毎月末にそれまでの完了した業務について、業務完了届を提出し、検査を請求することができる。その検査に合格した場合は、出来高部分に相応する業務委託料相当額について、部分払を請求することができる。ただし、この請求は1月に1回を越えてできない。

※なお、この仕様書による契約については、複数会計年度にわたる長期継続契約となることから、各年度の予算成立が所要の契約金額に満たない場合は、契約解除の事態が生じることがある。

## 11 その他の特記事項

(1) 別添「特記仕様書」の内容を遵守すること。

(2) 本仕様書に記載のない消耗品・事業対象者との人間関係構築のため提供するもの・医薬材料品(マスク・消毒液等)・会場使用料等の諸経費は全て受注者が負担

すること。

- (3) 事業実施報告について、「報告書は原則として翌月 10 日（市の休日の場合はその直前の営業日）までに発注者へ提出すること。」としているが、契約最終年度の年度末については、3 月末日までに行うこと。
- (4) 苦情やトラブルが発生した際は、速やかに発注者へ報告し、迅速かつ適切に対応すること。
- (5) 受注者は、労働基準法、職業安定法、労働安全衛生法、最低賃金法などの関係法令及び条例等を遵守するとともに、常に業務に従事する全ての者の能力向上に努めること。
- (6) 契約締結後の本仕様書における疑義については、発注者の解釈に従うこと。本仕様書に記載のない事項については、発注者と受注者が協議の上、決定するものとする。

## 12 担当部署

〒557-8501 大阪市西成区岸里 1 丁目 5 番 20 号

大阪市西成区役所 保健福祉課（結核対策担当）（区役所 2 階 23 番窓口）

電話：06-6659-9969 FAX：06-6659-9085

## 暴力団等の排除に関する特記仕様書

### 1 暴力団等の排除について

- (1) 受注者（受注者が共同企業体であるときは、その構成員のいずれかの者。以下同じ。）は、大阪市暴力団排除条例（平成 23 年大阪市条例第 10 号。以下「条例」という。）第 2 条第 2 号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は同条第 3 号に規定する暴力団密接関係者（以下「暴力団密接関係者」という。）に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をしてはならない。
- (2) 受注者は、条例第 7 条各号に規定する下請負人等（以下「下請負人等」という。）に、暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をさせてはならない。  
また、受注者は、下請負人等が暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をした場合は当該契約を解除させなければならない。
- (3) 受注者は、この契約の履行にあたり暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者から条例第 9 条に規定する不当介入（以下「不当介入」という。）を受けたときは、速やかに、この契約に係る本市監督職員若しくは検査職員又は当該事務事業を所管する担当課長（以下「監督職員等」という。）へ報告するとともに、警察への届出を行わなければならない。  
また受注者は、下請負人等が暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者から不当介入を受けたときは、当該下請負人等に対し、速やかに監督職員等へ報告するとともに警察への届出を行うよう、指導しなければならない。
- (4) 受注者及び下請負人等が、正当な理由なく本市に対し前号に規定する報告をしなかったと認めるときは、条例第 12 条に基づく公表及び大阪市競争入札参加停止措置要綱による停止措置を行うことがある。
- (5) 受注者は第 3 号に定める報告及び届出により、本市が行う調査並びに警察が行う捜査に協力しなければならない。
- (6) 発注者及び受注者は、暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者からの不当介入により契約の適正な履行が阻害されるおそれがあるときは、双方協議の上、履行日程の調整、履行期間の延長、履行内容の変更その他必要と認められる措置を講じることとする。

### 2 誓約書の提出について

受注者及び下請負人等は、暴力団員又は暴力団密接関係者でない旨の誓約書を提出しなければならない。ただし、発注者が必要でない判断した場合はこの限りでない。

## 不適正な契約事案の再発防止対策における特記仕様書

第 1 条 発注者と本契約を締結した受注者は、この契約の履行に関して、発注者の職員から違法又は不適正な要求を受けたときは、その内容を記録し、直ちに西成区役所総務課（コンプライアンス担当 連絡先：06-6659-9625）に報告しなければならない。

## 公正な職務の執行の確保に関する特記仕様書

(条例の遵守)

第1条 受注者および受注者の役職員は、本契約に係る業務（以下「当該業務」という。）の履行に際しては、「職員等の公正な職務の執行の確保に関する条例」（平成18年大阪市条例第16号）（以下「条例」という。）第5条に規定する責務を果たさなければならない。

(公益通報等の報告)

第2条 受注者は、当該業務について、条例第2条第1項に規定する公益通報を受けたときは、速やかに、公益通報の内容を発注者（西成区役所総務課）へ報告しなければならない。

2 受注者は、公益通報をした者又は公益通報に係る通報対象事実に係る調査に協力した者から、条例第12条第1項に規定する申出を受けたときは、直ちに、当該申出の内容を発注者（西成区役所総務課）へ報告しなければならない。

(調査の協力)

第3条 受注者及び受注者の役職員は、発注者又は大阪市公正職務審査委員会が条例に基づき行う調査に協力しなければならない。

(公益通報に係る情報の取扱い)

第4条 受注者の役職員又は受注者の役職員であった者は、正当な理由なく公益通報に係る事務の処理に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(発注者の解除権)

第5条 発注者は、受注者が、条例の規定に基づく調査に正当な理由なく協力しないとき又は条例の規定に基づく勧告に正当な理由なく従わないときは、本契約を解除することができる。

## 生成 AI 利用に関する特記仕様書

受注者又は指定管理者（再委託及び再々委託等の相手方並びに下請負人を含む）が生成 AI を利用する場合は、事前に発注者あて所定様式により確認依頼をし、確認を受けるとともに、「大阪市生成 AI 利用ガイドライン（別冊 業務受託事業者等向け生成 AI 利用ガイドライン第 1.1 版）」に定められた以下の利用規定を遵守すること。

### 生成 AI の利用規定

- 生成 AI を利用する場合は、利用業務の内容、利用者の範囲、情報セキュリティ体制等及び利用規定の遵守・誓約内容を事前に所定様式※により発注者宛に確認依頼をし、確認を受けること。  
※ 所定様式は大阪市ホームページからダウンロードできます  
<https://www.city.osaka.lg.jp/ictsenryakushitsu/page/0000623850.html>
- 前記確認内容に変更等が生じた際には変更の確認依頼をし、確認を受けること。
- 生成 AI は、受注者又は指定管理者の業務支援目的に限定し、市民や事業者向けの直接的なサービスには利用しないこと。
- 画像及び動画の生成 AI サービスを利用する場合は、利用者が生成物を利用する際に他者の著作権を侵害しないよう選別したコンテンツで AI モデルの学習をしているサービスを利用することを原則とする。ただし、当該要件に該当しないサービス又は該当するか不明のサービスを利用する場合は、生成内容が既存著作物との類似性や無許諾での依拠がないことを確認し、かつ、成果物として利用する際は発注者の同意を得ること。
- インターネット上の公開された環境で不特定多数の利用者に提供される定型約款・規約への同意のみで利用可能な生成 AI の利用を禁止する。
- 生成 AI 機能が付加された検索エンジンやサイトは、一般的にインターネットで公開されている最新の情報を検索する目的でのみの利用とし、生成 AI による回答を得る目的での利用を禁止する。
- 生成 AI を利用する場合は、入力情報を学習しない設定（オプトアウト）をして利用すること。
- 契約又は協定の履行に関して知り得た秘密及び個人情報の入力を禁止する。
- 著作権その他日本国の法令に基づき保護される第三者の権利を侵害する内容の生成につながる入力及びそのおそれがある入力を禁止する。
- 生成・出力内容は、誤り、偏りや差別的表現等がないか、正確性や根拠・事実関係を必ず自ら確認すること。
- 生成・出力内容は、著作権その他日本国の法令に基づき保護される第三者の権利の侵害がないか必ず自ら確認すること。
- 生成・出力された文章は、あくまで検討素材であり、その利用においては、受注者又は指定管理者が責任をもって判断するものであることを踏まえ、加筆・修正のうえで使用すること。
- 生成・出力内容は、上記に定める正確性の確認等を経たうえで、加筆・修正を加えずに利用（公表等）する場合は、生成 AI を利用して作成した旨を明らかにして意思決定のうえで利用すること。
- 情報セキュリティ管理体制により、利用者の範囲及び利用ログの管理などにより情報セキュリティの確保を徹底して適切に運用すること。

## 健診日程表

西成区保健福祉センター保健担当課長 様

住所

団体名

代表者  
(責任者)

令和 年 月分あいりん地域内結核健康診断実施日について、次のとおり報告します。

日	曜日	健診時間	従事者氏名	健診場所

## 健診実施報告書

西成区保健福祉センター保健担当課長 様

住所

団体名

代表者  
(責任者)

令和 年 月分あいりん地域内結核健康診断実施日について、次のとおり報告します。

日	曜日	健診時間	従事者氏名	受診者数	健診場所

ふれあい・あいりんDOTS個人票

【 年 月 日現在】 (DOTS NO. )

患者情報			D O T S 計画	
管轄区	区	担当保健師	服薬支援機関	<input type="checkbox"/> 委託事業者 ( )
(ふりがな) 患者氏名		男女		<input type="checkbox"/> 医療機関名 住所 区 Tel - -
生年月日	年 月 日	生 ( 歳)		<input type="checkbox"/> 薬局名 住所 区 Tel - -
通院 医療機関名			服薬支援場所 (患者連絡先)	区 Tel - -
病名	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺外 ( ) <input type="checkbox"/> 潜在性結核感染症		実施回数	週 1・5回・月 1回 他 ( ) 月・火・水・木・金・土・日
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで 月治療		DOTS 方法	<input type="checkbox"/> ふれあい <input type="checkbox"/> 訪問型 自宅・職場・学校・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 薬局型 <input type="checkbox"/> 医療機関外来型
副作用				
退院(予定)日	年 月 日			<input type="checkbox"/> あいりん <input type="checkbox"/> 訪問型 自宅・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 拠点型
D O T S 導入要件				
	治療開始時 最大菌量	導入要件を満たす 菌検査結果		
月/日	/	/		
検体種類	喀痰・その他 ( )	喀痰・その他 ( )	DOTS 開始日	(調整済の場合) 年 月 日
塗抹			同意日	年 月 日
培養			面接者	保健所・保健福祉センター ( )
感受性検査	<input type="checkbox"/> 耐性なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 耐性 H、R、HR、その他 ( )		リスク アセスメント	医学的要因
【訪問のみ】N95 マスク着用: 要・不要				社会的要因
【訪問のみ】 N95 マスク 不要理由	<input type="checkbox"/> 4週培養陰性確認済 →治療(2・4)週間実施後の検体			1. 登録時住所不定 2. 結核治療中断歴 3. 服薬協力者なし(単身等) 4. 介護の必要な者 5. アルコール・薬物依存 6. 精神疾患あり(疑い含) 7. 医療に関する経済的な問題 8. 病識・理解力が低い 9. 日本語の理解が不十分 10. その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 服薬が確実にできている <input type="checkbox"/> 前回中断または5年以内の再治療でない <input type="checkbox"/> その他 ( )			
D O T S 同意時 使用薬剤 ※1錠あたりの量と内服する錠数も必ず記載 <input type="checkbox"/> 一包化				
<input type="checkbox"/> INH ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> RFP ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> PZA ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> EB ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> LVFX ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
<input type="checkbox"/> ( ) mg × ( ) 錠⇒ ( ) mg				
備考 (内服時の留意事項、本人希望、復職予定等)				
<input type="checkbox"/> 使用薬剤 ( ) の終了時期は、把握次第、保健福祉センターよりお知らせいたします。				
<input type="checkbox"/> 上記でN95 マスク着用【要】の場合、マスク着用終了時期は、保健福祉センターよりお知らせいたします。				
<input type="checkbox"/> 他				

DOTS記録票

※氏名・住所・連絡先等  
個人情報 は記入しない

訪問時持参

DOTS No.: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

年 月

日 (曜日)	服薬内容と薬剂量 (薬剤名) (薬剂量) (数)	確認方法			受診 症状 特記	DOTS 実施 支援者 サイン	日 (曜日)	服薬内容と薬剂量 (薬剤名) (薬剂量) (数)	確認方法			受診 症状 特記	DOTS 実施 支援者 サイン
		DOT	熱薬 薬殻	手帳					DOT	熱薬 薬殻	手帳		
1 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	16 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
2 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	17 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
3 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	18 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
4 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	19 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
5 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	20 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
6 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	21 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
7 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	22 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
8 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	23 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
9 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	24 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
10 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	25 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
11 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	26 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
12 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	27 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
13 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	28 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
14 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	29 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
15 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル	30 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル
							31 ( )	( ) ( ) ( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( ) )mg×( )				無 有	実施 不在 キャンセル

・業務時間: 平日9:00~17:30(土日祝・年末年始12/29~1/3除く)  
・受診を把握したら受診欄に○を付し下記の受診状況へ内容を記載  
・症状・その他特記事項は、特記欄に○を付し様式3-2に記載

受診状況

把握日	抗結核薬の処方内容 ※薬剤情報提供書等から転記					備考		次回 受診日	支援者 サイン
/	薬剤名	薬剂量	数	処方日数					
受診日	( ) ( ) ( )	)mg×( )	)錠・cap・包×( )	)日				/	
/	( ) ( ) ( )	)mg×( )	)錠・cap・包×( )	)日					
受診日	( ) ( ) ( )	)mg×( )	)錠・cap・包×( )	)日					
/	( ) ( ) ( )	)mg×( )	)錠・cap・包×( )	)日					
受診日	( ) ( ) ( )	)mg×( )	)錠・cap・包×( )	)日					
/	( ) ( ) ( )	)mg×( )	)錠・cap・包×( )	)日					
受診日	( ) ( ) ( )	)mg×( )	)錠・cap・包×( )	)日					

【保健福祉センター記載欄】

実施回数/必要回数	/	保健福祉センター サイン	担当保健師	/	担当係長
-----------	---	-----------------	-------	---	------

DOTS記録票

DOTS No.: \_\_\_\_\_

区保健福祉センター

日(曜日)	相手	特記事項 (患者の言動・保健福祉センターへの引継ぎ等)	支援者 サイン
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	
/	本人 ・ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 体調(咳・痰・その他) <input type="checkbox"/> 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) <input type="checkbox"/> 薬の変更・中止・終了 <input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	

※様式 2-3 を作成した場合は、様式 2-2 とともに、区保健福祉センターへ提出してください。

令和 年度 あいりんDOTS事業活動報告書 (拠点)

	前月末実施者数 (A)		開始数 (B)	内訳			終了者数 (C)	内訳						E 月 末 実 施 者 数 (E) E = 前月末 (A) + (B) - (C)	備考
	種類	件数		新規数	DOTSタイプ変更	DOTS再開		DOTS終了	中断	死亡	入院	自主服薬	その他		
4月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
5月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
6月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
7月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
8月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
9月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
10月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
11月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
12月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
1月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
2月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
3月	拠点														開始： <変更> 終了： <変更>
計	拠点	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※ 月末実施数は、当月の月末現在の実人数とする

※ DOTSタイプの変更は、拠点型⇔訪問型間でのタイプ変更とする

※ノーカウント

令和 年度 あいりんDOTS事業活動報告書 (訪問)

	前月末実施者数 (A)		開始数 (B)	内訳			終了者数 (C)	終了者内訳						E 前月末 (A) + (B) - (C) 月末実施者数 (E)	備考
	種類	件数		新規	DOTSタイプ変更	DOTS再開		DOTS終了	中断	死亡	入院	自主服薬	その他		
4月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
5月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
6月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
7月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
8月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
9月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
10月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
11月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
12月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
1月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
2月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
3月	訪問														開始: <変更> 終了: <変更>
計	訪問	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※ 月末実施数は、当月の月末現在の実人数とする

※ DOTSタイプの変更は、拠点型⇔訪問型間でのタイプ変更とする

# 令和 年 月 あいりんDOTS事業実施状況報告書

番号	終了予定日	回数	患者氏名	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計					
				曜日																																					
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									
11																																									
12																																									
13																																									
14																																									
15																																									
16																																									
17																																									
18																																									
19																																									
20																																									
訪問																																									
来所																																									
合計																																									

<記入例>  
 ○…訪問      ●…来所



令和 年度 人権問題研修実施報告書 (受講業者・団体名: ) (様式6-1)

月 日	区分	研修テーマ	講師・研修方法	会 場	時間数	対象(受講人数)
(例) 9月9日	⑤	女性活躍促進等	講師名:〇〇 〇〇 研修方法:経営層人権啓発講座	大阪市中央公会堂	3時間	管理職(2名)

\* 区分:次に該当する研修の番号を記入ください。

- ① 自社(貴団体)独自で行う研修
- ② 所管局が主催する研修
- ③ 市民局が市民啓発として実施している事業(啓発ビデオ試写会等)
- ④ 区が中心となって実施している事業(人・愛・ふれあいプラザ事業、人権展等)
- ⑤ 大阪市企業人権推進協議会が実施している事業(事業主のつどい、人権問題入門セミナーなど)
- ⑥ その他:上記に当てはまらないもの

\* 対象(受講人数):自社(団体)の管理職、その他の常勤職員、非正規職員に分けて、受講人数を記載してください。

令和 年度 障がいを理由とする差別の解消の推進のための  
合理的配慮の提供に係る研修実施報告書

## 1 事業者名等

事業者名	
担当者名	
連絡先	

## 2 研修内容

月 日	講師・研修方法	時間(分)	対象(受講人数)
(例) 9月9日	講師名:〇〇 〇〇 研修方法:大阪市HP「障がいを理由とする差別の解消の推進に向けて」 の研修資料により実施	15分	管理職(2名)

受診者NO.【 \_\_\_\_\_ 】

撮影番号

## 健康診断受診整理票

住所 又は 前泊地	大阪市 ①西成区 ②西成区以外( _____ 区) (アパート名・部屋番号 _____ )	
ふりがな	①男 ②女	
氏名	(女性の方のみ) ①現在妊娠している ②現在妊娠していない	
①大正 ②昭和 ③平成	年 月 日生	満 歳
電話番号		
(1) 今まで結核になった事がありますか。 ①なし ②あり ありの場合 [1]治療期間(昭・平・令 _____ 年頃に _____ ヶ月間又は _____ 年間治療した) [2]治療をした医療機関名( _____ ) [3]治療状況を教えてください。 ①最後まで治療した ②途中で治療をやめた ③治療していない ④忘れた		
(2) 現在、下記の症状はありますか。 ①なし ②あり ありの場合 ①せき ②たん ③たんに血が混じる ④胸が痛い ⑤熱がある せきの症状がある場合 せきが( _____ 週間、又は _____ ヶ月)続いている。		
(3) 糖尿病治療の機器を装着していますか。 ①装着している ②装着していない		
(4) たばこを吸いますか。 ①現在吸っている ②現在吸っていない		
(5) 生活保護を受給していますか。 ①受給していない ②受給中 ⇒ (9)へ		
(6) 特掃を登録していますか。 ①なし ②あり：特掃番号( _____ ) ⇒ (9)へ ※登録日のみ 本日登録予定 有・無 ⇒ (9)へ		
(7) 健康保険に加入していますか。 ①なし ②あり(国保・社保・その他[ _____ ]) )		
(8) 現在の住居に住んでいる期間は1年以上ですか。 ①1年未満 ②1年以上		
(9) 受診しようと思ったきっかけは何ですか。 ①受診を勧められた(訪問スタッフ・アパートのスタッフ・その他( _____ )) ②部屋に受診案内が入っていた ③ポスターを見た(どこで: _____ ) ④上記以外(通行中に声をかけられた等)		
年月日	問診者:	
所見	[判定] <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有所見異常なし <input type="checkbox"/> 要精検(CT・3連痰) <input type="checkbox"/> 要医療(結核・他疾患) <input type="checkbox"/> 要観察( _____ )ヶ月後フォロー【区内生保のみ】	
備考	病型:	医師:
□診療用放射線の説明済		

※この健診にて取得する個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき取扱います。

ただし、健診の結果、他の人に感染させる恐れのある場合については、関係機関に情報提供等することがあります。また、健診結果等については、結核予防業務として共有するとともに、個人を特定できないデータとして集計を行い、次年度以降の健診の基礎資料として活用します。

上記の取り扱いについて、同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 署名

けっかくけんしん う  
結核健診を受けられたかたへ

ほんじつおこな けんしん けっか ごじつ  
・ 本日行いました健診の結果について、後日、  
にしなりくほけんふくし ぶんかん れんらく  
西成区保健福祉センター分館より連絡させて  
いただく場合があります。

こんご はんとし ど けっかくけんしん きょうぶ せんけんさ  
・ 今後も半年に1度は結核健診(胸部エックス線検査)  
う  
を受けましょう。

けっかく しんばい  
・ 結核について、ご心配なことがありましたら、  
そうだん  
ご相談ください。

けんしん び れいわ ねん がつ にち  
健診日 令和 年 月 日 ( )

れんらくさき  
連絡先

にしなりくほけんふくし ぶんかん かい でんわ  
西成区保健福祉センター分館(3階) 電話: 6632-2600

にしなりくほけんふくし くやくしょ かい ほん でんわ  
西成区保健福祉センター(区役所2階<sup>23</sup>番) 電話: 6659-9969

# 結核健診受診カード

ふりがな  
氏名： \_\_\_\_\_

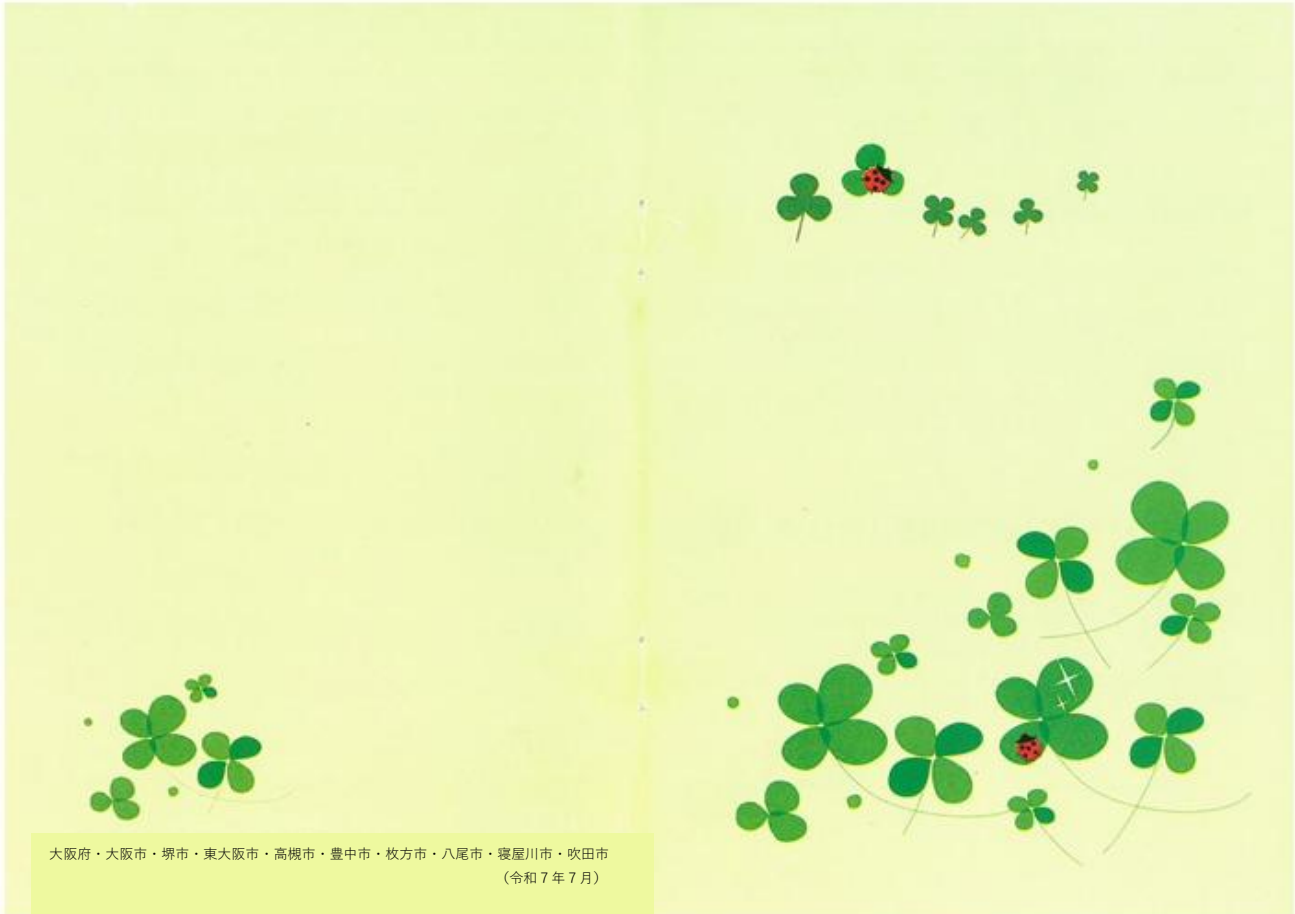
生年月日： 大・昭・平 年 月 日生

住所： \_\_\_\_\_

備考：

日付	場所	X線番号	備考
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			

場所：①あいりん健診(検診車) ②西成区保健福祉センター分館  
③その他医療機関



大阪府・大阪市・堺市・東大阪市・高槻市・豊中市・枚方市・八尾市・寝屋川市・吹田市  
(令和7年7月)

内服開始から ( ) ヶ月 めです  
( / ) 外来受診

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	のみ忘れ ( ) 回分			

- こんな症状 ないですか？
- 吐き気がある ( ) 月 日から
  - 食欲がない ( ) 月 日から
  - 発疹がでてきた ( ) 月 日から
  - その他 ( ) ( ) 月 日から
- 特になし

疑問など、次回の外来でできたいこと

今回の診察結果

胸部エックス線 (レントゲン) 検査結果 ( / )

痰の検査結果 ( / )  
塗抹 ( )  
培養 ( )

( ) 結果 ( / )

血液検査の結果

	AST (GOT)	ALT (GPT)	クレアチニン	白血球	赤血球	HbA1c
/						
/						

病院・診療所からあなたへ

保健所・保健福祉センターからあなたへ

- 処方された薬 ( ) 日分
- INH ( ) 錠/日
  - RFP ( ) C/日
  - ( ) ( ) /日
  - ( ) ( ) /日
  - ( ) ( ) /日
- 禁酒できてますか? ( )
- 禁煙できてますか? ( )

次回外来 R 年 /

\*副作用が出て内服を勝手にやめず受診しましょう!