

結核健康診断報告

(報告年月日) 年 月 日

所在地				実施者種別 (下記の1～3に○をしてください)
名称				1 事業者 2 学校長 3 施設長
代表者氏名				
連絡先	担当者			電話番号

令和 年 月 実施分

(1月から12月までに受診した分の報告となります)

	<事業者>		<学 校>			<福祉施設>
	学校・病院・診療所・福祉施設等の従事者		学生または生徒の入学した年度			特別養護老人ホーム・老人保健施設等の入所者
			高 校	大 学	専 門 校	
対象者数	人		人	人	人	人
受診者数	人		人	人	人	人
胸部X線 検査者数	直接	人	人	人	人	人
	間接	人	人	人	人	人
かくたん検査者数	人		人	人	人	人
その他の検査者数 検査項目()	人		人	人	人	人
被発見者数	結核患者数	人	人	人	人	人
	結核要経過 観察者数	人	人	人	人	人

※未受診の方には積極的に受診を勧めていただき、未受診の場合にはその理由をご記入ください。

(記入がない場合には、お問い合わせさせていただきます)

未受診者 人

内訳：妊娠・産休・育休中 人 退職・休職中 人 退学・休学 人 受診拒否 人

その他 人

具体的な理由を記載

記入上の注意

- 「実施者種別」の欄は、該当する数字を○で囲み、該当欄に人数を記入すること。
- 病院・診療所の場合は事業者欄に記入すること。学校（小・中学校を除く）及び福祉施設の場合は、「実施者種別」は事業者と学校長又は施設長の両方に○をし、従事職員については事業者欄に記入、生徒及び入所者については学校欄又は福祉施設欄に記入すること。
- 小・中学校については従事職員のみを事業者欄に記入すること。