

結核健康診断報告書

(病院・診療所・歯科診療所・助産所・介護老人保健施設)

(あて先)茅ヶ崎市保健所長

健康診断実施年度 _____ 年度

報告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名	
所在地	
担当者	
連絡先	

報告対象者	従 事 者	
対象者数 (対象年度全員)		人
受診者数	合計	人
	(内訳)	
	間接撮影者数	人
	直接撮影者数	人
未受診理由他	喀痰検査者数	人
	妊娠中、産休・育休中	人
	退職	人
	その他	人
	(理由)	

被発見者数	結核患者	人
	結核発病のおそれがあると診断されたもの	人

提出先	茅ヶ崎市保健所 保健予防課 感染症対策担当 FAX 0467-82-0501 郵送 〒253-8660 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7 メール hokenjyo_hokenyobou@city.chigasaki.kanagawa.jp
-----	--