

結核健康診断報告書

(社会福祉施設・養護老人ホーム・特別養護老人ホーム)

(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・65才以上の入居者	
対象者の区分		従事者	65才以上の入居者
対象者数(対象年度全員)		人	人
受診者数	合計	人	人
	(内訳)		
	間接撮影者数	人	人
	直接撮影者数	人	人
未受診理由他 (入居者・従事者合算)	喀痰検査者数	人	人
	妊娠中、産休、 育休、休職中	人	人
	退出、退職	人	人
	その他	人	人
		(理由)	

被発見者数	結核患者	人	人
	結核発病のお それがあると診 断されたもの	人	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