

結核健康診断報告書

(小学校・中学校)

(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(教職員) | |
| 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 |
| | 喀痰検査者数 | 人 |
| 未受診理由他 | 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 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|