

結 核 健 康 診 断 月 報

(高等学校・大学・専修学校・各種学校)

(あて先)茅ヶ崎市保健所長

健康診断実施月 _____ 年 _____ 月

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	学生・生徒(入学年度)、従事者(教職員)

対象者の区分		学生・生徒	従事者(教職員)
対 象 者 数 (対象年度全員)		人	人
受 診 者 数	間接撮影者数	人	人
	直接撮影者数	人	人
	喀痰検査者数	人	人
未 受 診 理 由 他 (学生・生徒・従事者合算)		・既に受診済み	人
		・年度中受診予定	人
		・妊娠中、産休・育休中	人
		・退(休)学、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