

結 核 健 康 診 断 月 報 (小学校・中学校)

(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	従事者(教職員)

対 象 者 数 (対象年度全員)		人
受 診 者 数	(内訳)	人
	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	・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
-------	--