

様式(学校の長)

結核健康診断月報

(あて先)茅ヶ崎市保健所長

施設名			所在地	
連絡先			担当者	
健康診断実施者 (施設の設置者等)				
健康診断実施場所	① 検診車 ② 医療機関・健診センター (名称:)			
対象者数	事業者 従事者数	学校の長 学生・生徒数 (新入生が対象)		

保健所 報告日	健診 実施月	当月受診者数									
		間接撮影者数		直接撮影者数		喀痰検査者数		被発見者数			
		従事者	学生・生徒	従事者	学生・生徒	従事者	学生・生徒	結核患者		結核発病のおそれがあると診断された者	
月 日	4 月							従事者	学生・生徒	従事者	学生・生徒
月 日	5 月										
月 日	6 月										
月 日	7 月										
月 日	8 月										
月 日	9 月										
月 日	10 月										
月 日	11 月										
月 日	12 月										
月 日	1 月										
月 日	2 月										
月 日	3 月										

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