

結 核 健 康 診 断 月 報

北筑後保健福祉環境事務所長 殿

年 月実施分

報告年月日

年 月 日

事業所の名称			実施者 種別	1 事業者 2 学校の長	
事業所の住所 電話番号				3 施設の長 4 市町村長	
実 施 者 名 (担当者名)					
実施者の対象区分	事業者	学校の長	施設の長	市町村長	
対象者	従事者 (施設職員や医療機関 職員、教職員等)	学生 (新入生が対象)	入所者・収容者	65歳以上	その他
対象者数					
未受診者とその理由	産休・育休()名 病休()名 その他()名	休学()名 その他()名			
受診者数					
間接撮影者数					
直接撮影者数					
喀痰検査者数 (再掲)					
被 発 見 者 数	結核患者				
	結核発病の恐 れがあると診 断された者				

※この報告様式は、毎年使用できますのでコピーして使用してください。

宛先: 北筑後保健福祉環境事務所長(保健衛生課感染症係) 行 FAX: 0946-24-9260