保健予防課　あて

結核定期健康診断実施状況報告書

＜病院・診療所・歯科診療所用＞

（報告年月日　　年　月　日）

医療機関名	
医療機関種別	病院 ・ 診療所 ・ 歯科診療所
所在地	港区　　丁目　　番　　号 TEL:
代表者名	
担当者名	TEL: FAX:

実施日	年　月　日 ～ 年　月　日			
対象者数	名			
受診者数	＊職場健診以外で今年度胸部エックス線撮影を受けたものも含む 名	（内 訳）	胸部エックス線	名
			喀痰検査	名
			その他 ・QFT ・T-spot	名
未受診理由	・年度内受診予定　　名 ・妊娠中等　　名 ・その他の理由(人数も記載してください。)			

☆全員異常がなければFAXでご提出ください。

被発見者数	結核患者	従事職員	名
	潜在性結核感染症の者	従事職員	名
	結核発病のおそれがあると診断された者 （要経過観察者）	従事職員	名

問合せ・提出先
〒108-8315
港区三田1－4－10
港区みなと保健所保健予防課保健予防係
TEL　6400－0081
FAX:03－3455－4460