保健予防課　あて

結核定期健康診断実施状況報告書

＜小・中学校用＞

（報告年月日　　年　月　日）

学　校　名	
所　在　地	港区　　丁目　　番　　号 TEL:
学　校　長　名	
担　当　者　名	TEL: FAX:

従事職員	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。)			

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

☆全員異常がなければFAXでご提出ください。

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
TEL03－6400－0081
FAX:03－3455－4460