

結核定期健康診断実施状況報告書

<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。)				
新 入 学 生 ・ 生 徒	実 施 日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	対 象 者 数	名			
	受 診 者 数	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 ・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
		入学生	名
	潜在性結核感染症の者	従事職員	名
		入学生	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
		入学生	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
 TEL 6400-0081

FAX: 03-3455-4460