

結核定期健康診断実施状況報告書

<社会福祉施設用>
<介護老人保健施設用>

(報告年月日 年 月 日)

施設名	
所在地	港区 丁目 番 号 TEL:
施設長名	
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。)				

65歳以上の利用者	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 ・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
		入所または通所者	名
	潜在性結核感染症の者	従事職員	名
		入所または通所者	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
		入所または通所者	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