

結核定期健康診断実施状況報告書【令和3年度(R3.4.1~R4.3.31)】

<社会福祉施設用>

<介護老人保健施設施設用>

(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
	受診率	%(受診者数/対象者数)			
未受診理由	・妊娠中のため胸部エックス線撮影をしなかった 名 ・今後胸部レントゲンを受ける予定がある 名 ・その他の理由				

6 5 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	名	(内 訳)	胸部エックス線	名
				喀痰検査	名
	受診率	%(受診者数/対象者数)			
未受診理由	・今後胸部レントゲンを受ける予定がある 名 ・その他の理由				

被発見者数	結核患者	従事職員	名
		入所又は通所者	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
		入所又は通所者	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