

令和 年度結核定期健康診断実施報告書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

(実施した学校・医療機関・施設)

- ・ 名 称
- ・ 所 在 地
- ・ 代 表 者 名
- ・ 電 話 番 号
- ・ 担 当 者 名
- ・ 実 施 年 月 年 月 ~ 年 月

区 分		学 校		医療機関	社会福祉施設		介護老人 保健施設
対 象 者 の 区 分		入学した年度の 学生・生徒	従事者	従事者	65歳以上の 入所者	従事者	従事者
対 象 者 数	a						
受 診 者 数	b						
内 訳	胸部間接撮影者数	c					
	胸部直接撮影者数	d					
	喀痰検査者数(※注1)	e					
事後措置	要精密検査 対象者数	f					
	精密検査受診者数	g					
被発見者数	結核患者	h					
	結核発病のおそれ があると診断された者	i					
未受診者の理由 (該当する理由に○をしてください)		退学・退職	休学・休職	妊娠	その他()		

(記入について)

a欄 対象となる学生・生徒・入所者・従事者の人数を記入してください。従事者は、常勤・非常勤を問わず、全数を記入してください。

b欄 受診した人数を記入してください。人間ドック等による健康診断書等の提出を受けた方についても合算してください。

c・d欄 cとdの両方を実施した場合またはcとdどちらか不明な場合はcで計上してください。

f・g・h・i欄 担当の医師により必要と認められた者、X線間接撮影によって病変が発見された者及びその疑いがある者を記入してください。該当者がいない場合は、0と記入してください。

※注1 胸部X線検査が実施できず、代用として喀痰検査を実施した場合に数を計上してください。

報告期限: **翌年度の4月10日まで** 実施後できるだけ速やかに御報告くださいますようお願いいたします。

報告先: 〒710-0834 倉敷市笹沖170 倉敷市保健所保健課感染症係

電話086-434-9810 **FAX:086-434-9805** FAX報告可