

用紙をコピーし、年に1回報告してください。(毎年3月末日最終締切)

結核定期健康診断実施報告書 (年度実施分)

報告日： 年 月 日

施設名	
所在地	
管理者名	
電話番号	
FAX番号	
提出担当者	
足立区医師会もしくは足立区歯科医師会への加入	有 ・ 無

① 職員・従事者 (全施設) _____ 年 月実施

※受診を個人に任せている場合でも施設として受診結果を把握しご報告ください

従事者数 (管理者・非常勤・パート含む/休職者・退職者は除く)			名
受診者数	胸部X線検査受診者数 (個人で受診した分も含めて)	直接撮影	名
		間接撮影	名
	喀痰検査受診者数 (必要があり排菌の確認を行った人数)		名
結果	結核患者 (結核を発病している方)		名
	潜在性結核患者 (結核に感染している方)		名
	経過観察が必要とされた方		名

② 学生・生徒・入所者 (学校および社会福祉施設のみ) _____ 年 月実施

新入学生数 (学校)、65歳以上入所者数 (社会福祉施設)			名
受診者数	胸部X線検査受診者数 (個人で受診した分も含めて)	直接撮影	名
		間接撮影	名
	喀痰検査受診者数 (必要があり排菌の確認を行った人数)		名
結果	結核患者 (結核を発病している方)		名
	潜在性結核患者 (結核に感染している方)		名
	経過観察が必要とされた方		名

③ 未受診の理由 (未受診者がいる施設のみ)

- 妊娠中のため (名)
 その他 ()

※他の健診で胸部レントゲン検査受診済みの方の人数は、受診者数に含めてください。

