

記入要領

結核健康診断月報

筑紫保健福祉(環境)事務所長 殿

令和5年10月実施分

報告年月日 令和5年10月31日

事業所の名称	〇〇〇クリニック		実施者種別	① 事業者 2 学校の長		
事業所の住所 電話番号	〇〇市〇〇町〇-〇〇			3 施設の長 4 市町村長		
実施者名 (担当者)	医療法人〇〇会 担当者()					
実施者の対象区分	事業者	学校の長	施設の長	市町村長		
対象者	従事者 (施設職員や医療機関職員、教職員等)	学生 (新入生が対象)	入所者・収容者	乳児	65歳以上	その他
対象者数	10		対象者数は、健診を実施した月における対象者数を記載してください。			
未受診者とその理由	産休・育休()名 病休()名 その他()名	休学()名 その他()名				
BCG接種者						
受診者数	8					
間接撮影者数						
直接撮影者数	8					
喀痰検査者数 (再掲)	2					
被発見者数	結核患者	0				
	結核発病の恐れがあると診断された者	0				

※この報告様式は、毎年使用できますのでコピーして使用ください。

FAX送付(筑紫保健福祉環境事務所 092-513-5598)