

結核定期健康診断実施報告書

(学校)

(あて先) 甲 府 市 長
(甲府市保健所長経由)

令和 年 4 月 1 日 ~ 令和 年 3 月 3 1 日 実施分

報告年月日 年 月 日

担当者名 _____

施設名		学校の種別	
所在地 電話番号		<input type="checkbox"/> 小学校	<input type="checkbox"/> 中学校
		<input type="checkbox"/> 高等学校	<input type="checkbox"/> 高等専門学校
		<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 特別支援学校
		<input type="checkbox"/> 短期大学	<input type="checkbox"/> 専修学校

		従事者	生徒・学生 (入学年次のみ)	記載上の注意
対象者数				従事者は正規、非正規を問わず職員数を計上
健康診断	間接撮影者数			
	直接撮影者数			
	喀痰検査者数			精密検査対象者が喀痰検査を実施したら計上
	その他検査			CT検査のみ実施した場合は計上
未受診理由	他の健康診断を受診したため			※その他の理由を記載
	疾病その他やむを得ない事故のため			
	その他※			
被発見者数 (再掲)	結核患者			精密検査にて結核と判明した数を計上
	結核発病のおそれがあると診断された者			肺の精密検査の対象者を計上

『対象者数』と同じになること