

# 結核定期健康診断実施報告書

(あて先) 甲 府 市 長  
(甲府市保健所長経由)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分

報告年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当部署及び担当者名 \_\_\_\_\_

事業所等の名称					実施者種別	1 事業者
所在地 電話番号						2 学校の長
実施者名						3 施設の長
					4 市長	
実施者種別 (対象者)		事業者 (従事者)	学校長 (学生・生徒)	施設の長 (入所者)	市 一般 (65歳以上再掲)	
対象者数 (複数月で報告の場合 重複しないこと)					( )	
健康診断	間接撮影者数				( )	
	直接撮影者数				( )	
	喀痰検査者数				( )	
	その他検査				( )	
被発見者数	結核患者				( )	
	結核発病のおそれがあると診断された者				( )	
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 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	
	疾病その他やむを得ない事故のため					
	その他※					

記入上の注意

- 1 「実施者種別」の欄は、該当する者の数字を○で囲んでください。
- 2 未受診者がいる場合は、未受診理由を記載してください。