

様式 2-2 事業者用（小・中学校、病院・診療所、介護老人保健施設）

あて先：秋田県北秋田地域振興局大館福祉環境部 健康・予防課 健康・予防班
FAX 0186-52-3911 TEL 0186-52-3952、3955

結核定期健康診断月報の実施報告について

健診実施年月：

報告年月日：

報告者名：

機 関 名 所 在 地 電話番号				
対象者 健診項目			職 員 (人)	未受診者数・理由 例) 未受診○人 理由：妊娠(○人)等
一 次 検 査	間接撮影	対象者数		
		受診者数		
	直接撮影 ※1	対象者数		
		受診者数		
精 密 検 査	喀痰検査 (塗抹・培養)	対象者数		
		受診者数		
	直接撮影	対象者数		
		受診者数		
結 果 (被発見者)		結核患者		
		潜在性結核感染症		
		結核発病の おそれある者		

※1 人間ドックや医療機関受診中などの理由により、定期健康診断を受診しない場合は、その人数を直接撮影の対象者数・受診者数に計上してください。

◎定期結核健康診断を実施した際は、翌月の10日頃までに報告してください。