

様式2-3 学校長用 (大学・短期大学校・専門学校・高校)

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						
健診項目		対象者	職 員 (人)	学 生 (1年生のみ) (人)	未受診者数・理由 (例) 未受診○人 理由：妊娠(○人)等	
					職員	学生
一 次 検 査	間接撮影	対象者数				
		受診者数				
	直接撮影	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。