

FAX 送信先:由利本荘保健所 健康・予防課(0184-22-6291)

様式第2-1号 事業者用(小・中学校、病院・診療所、介護老人保健施設)

結核定期健康診断月報の実施報告

健診実施年月: _____ ~ _____

報告年月日: _____

報告者名: _____

施設の名称				
所在地				
電話番号				
対象者			職 員	備考 (例) 未受診○人 理由: 産休○人等
健診項目				
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		
	IGRA検査 (QFT又はT-SPOT)	対象者数		陰性 名
		受診者数		擬陽性 名 陽性 名
精 密 検 査	喀痰検査 (塗抹・培養)	対象者数		塗抹陰性 名
		受診者数		塗抹陽性 名 培養陰性 名 培養陽性 名
	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受診中の理由で定期健康診断受診しなかった場合は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。