

**湯沢保健所 健康・予防課 結核担当行き**  
**FAX番号 0183-73-6156**

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：                      年                      月

---

報告年月日：                      年                      月                      日

---

報告者名： \_\_\_\_\_

機関名 所在地 電話番号			
対象者		職員 (人)	備考
健診項目	対象者		
一 次 検 査	間接撮影	対象者数	例) 未受診○人 理由：妊娠 (○人)
		受診者数	
	直接撮影	対象者数	
		受診者数	
	その他	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		
	おそれのある者		

※定期結核健康診断を実施した際は、翌月の10日までに報告してください。