

(返送先・送付状不要)

郵便の場合：〒144-8621 大田区保健所感染症対策課結核担当 宛 (住所不要)

FAXの場合：03-5744-1524

令和5年度定期健康診断実施報告書（結核）

(報告先) 大田区保健所長

| | | |
|-------|----|-------|
| 実施月 | 年 | 月分 |
| 報告年月日 | 令和 | 年 月 日 |

| | | |
|---------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所在地 | 大田区 | ※実施者種別 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 学校長 <input type="checkbox"/> 施設の長 |
| 事業所等の名称、実施者氏名 | | |
| 連絡先 | 担当者名 | 電話番号 |

※該当する種別の□にチェックしてください

| | | | |
|------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 対象者種別※ | <input type="checkbox"/> 職員（従業員） | <input type="checkbox"/> 学生・生徒 | <input type="checkbox"/> 入所者 |
| 対象者数 | 人 | | |
| 検査方法別内訳 | 受診者数 | 人 | |
| | ×線検査 | 人 | |
| | かくたん検査 | 人 | |
| | その他の検査 (検査の内容) | 人 | |
| 未受診者数 | 人 | | |
| | 未受診の理由 | 休職等： 人 | 受診拒否： 人 |
| | | 妊娠中： 人 | その他： 人 |
| その他未受診理由 | | | |
| 被発見者数 | 結核患者 | 人 | |
| | 潜在性結核感染症患者 | 人 | |
| | 結核発病のおそれがあると診断された者 | 人 | |
| 健診実施医療機関等の名称、所在地 | | | |