

年 月 分
年 月 日 報告

<h2 style="margin: 0;">結核定期健康診断実績報告書</h2> <p style="text-align: right; margin: 0;"> 【送付先】町田市保健所保健予防課 〒194-0021 町田市中町2-13-3 FAX:050-3161-8634 メール:hoken030@city.machida.tokyo.jp </p>
--

健康診断実施者の名称 (医療機関名・学校名・施設名)	
所在地	町田市
連絡先と担当者名	TEL / 担当者名

健康診断実施者の種別	1 事業者	2 学校長	3 施設長
報告対象者	事業従事者	今年度入学した者	65歳以上の入所者
健診対象者数(ア)	名	名	名
	※「事業従事者」には、代表者や事務職員、非常勤職員等の全ての方々を含みます。 ※ただし、「会社・施設に属する診療所」は、診療所業務に携わる方々のみが対象です。	※学校職員については、「1 事業者」の欄に記入してください。 ※高校大学等の各課程を併設する法人の場合、個別に報告書を作成してください。	※施設職員については、「1 事業者」の欄に記入してください。
報告済数(イ)	名	名	名
受診者数(ウ)	名	名	名
そのうち、 X線検査を受けた者	名	名	名
そのうち、 かくたん検査を受けた者	名	名	名
そのうち、 上記以外の検査を受けた者	名	名	名
(再掲)QFT検査	名	名	名
(再掲)T-SPOT検査	名	名	名
未受診者数(ア-イ-ウ)	名	名	名
未受診理由 (未受診理由が「その他」であればその理由をご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 後日、受診するため(集団・各自)。 ※受診後、結果をご報告ください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中のため。 <input type="checkbox"/> その他()		
被 発 見 者	結核患者数	名	名
	潜在性結核感染症患者	名	名
	結核発病のおそれがあると診断された者の数	名	名

【補足事項】
 一月毎に健診結果を取りまとめ、翌月10日までに報告してください。
 記入方法の趣旨は、「受診対象者が何人いて、そのうち何人が受診して、結核患者が何人いた。」というものです。
 診断書等の添付は不要です。
 「職場健診以外の健診結果」も報告対象になります。当該健診結果を把握した上で、報告してください。