

この様式はコピーの上、来年度以降も引き続き報告願います（FAX可）。

東部保健所 地域医療課あて

電話：055-920-2082

FAX：055-920-2194

（送付文は不要です）

各種学校報告用

令和 _____ 年度結核定期健康診断実施報告書

静岡県東部保健所長 様

学校毎に報告書を作成願います

令和 年 月 日

1 学校区分（該当するものを○で囲ってください）

大学 高等学校 特別支援学校 その他（ ）

2 学校（法人）名 （電話 ）

（担当者職・氏名 ）

3 実施期間 年 月 ~ 年 月

		学 生 (今年度の入学生)	学校職員
対 象 者 数 A		人	人
受 診 者 数 (実 人 員) B		人	人
内 訳 (検査項目別)	間 接 撮 影 者 数	人	人
	直 接 撮 影 者 数	人	人
	喀 痰 検 査 者 数	人	人
受 診 率 (%) (B / A * 100)		%	%
被 発 見 者 数	結 核 患 者	人	人
	結核発病のおそれがあると診断された者	人	人

未受診者： _____ 人

未受診となった理由

※ 本表は、当該年度（当年4月1日～翌年3月31日）の状況について作成願います。

※ 「結核発病のおそれがあると診断された者」とは、医師による経過観察が必要と指示された者です。

※ この報告書は、毎年度事業完了した翌月10日までに報告願います。