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）

医療機関報告用

**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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○ | 事業所の種類 | 病院　 診療所　 歯科診療所　 助産所  （該当するものを○で囲ってください） | | | | |
| ○ | 所在地 |  | | | | |
| ○ | 名称 |  | | | | |
| ○ | 電話番号 |  | | | | |
| ○ | 実施時期 | 令和　　年　　月 | | | | |
| ○ | 対象者数　(A) | 人 | |  | | |
| ○ | 実施者数　(B) | 人 | | 受診率  (B/A×100) | | ％ |
| 間接撮影者数 | | | 人 | |  | |
| 直接撮影者数 | | | 人 | |  | |
| かくたん検査者数 | | | 人 | |  | |
| ○ | 結核患者発見数 | 人 | |  | | |
| ○ | 結核発病のおそれが あると診断された者 | 人 | |  | | |
| ○ | 未受診者数 (A-B) | 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。