

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。