

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）

介護医療院報告用

## 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

- 1 施設の種類 介護医療院
- 2 所在地
- 3 名称 (電話 \_\_\_\_\_)
- 4 担当者職・氏名
- 5 実施期間 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月

		職 員 (介護医療院)	備 考
対 象 者 数 A		人	
受 診 者 数 (実 人 員) B		人	
内 訳 (検査項目別)	間 接 撮 影 者 数	人	
	直 接 撮 影 者 数	人	
	喀 痰 検 査 者 数	人	
受 診 率 ( % ) ( $B/A * 100$ )		%	
被 発 見 者 数	結 核 患 者	人	
	結核発病のおそれがあると診断された者	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。