（別紙）

**結核定期健康診断報告書**

千葉県知事　　様

（市原保健所長経由）　　　　　　　　　　　　報告年月日　　　　令和　　年　　月　　日

報告責任者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・施設・学校の  名称・住所・電話番号 | | 名称  住所  電話番号　　　　　（　　　　　） | | | |
| 代表者名 | |  | | | |
| 対象者の区分 | | 従事者 | 施設  入所者 | 学生 |  |
| 対象者数 | |  |  |  | 当該年度に  健康診断（胸部X線検査）  を受けるべき対象者の数 |
| 胸部X線撮影者数 | |  |  |  | 胸部X線検査を実施した者の数  ※間接X線撮影は備考欄へ報告お願いします |
| 喀痰検査者数 | |  |  |  | 喀痰検査を実施した者の数 |
| 被発見  者　数 | 結核患者数 |  |  |  | 定期健康診断により  肺結核と診断された者の数 |
| 結核発病の恐れが  あると診断された者 |  |  |  | 定期健康診断により肺結核発病の恐れがあると診断された者の数 |
| 未受診者数 | |  |  |  | 理由にチェックをお願いします  ☐妊娠・産休・育休　　☐休職・休学  ☐その他（備考欄に簡単な理由を報告お願いします） |

備考欄

〔提出先と問い合わせ先〕

〒290-0082　市原市五井中央南1-2-11

千葉県市原保健所（市原健康福祉センター）　健康生活支援課　結核担当

**FAX：０４３６－２２－８０６８**　**TEL：０４３６－２１－６３９１（代）**