（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）**