

(返送先・送付状不要)

郵便の場合：〒144-8621 大田区保健所感染症対策課結核担当 宛 (住所不要)

FAXの場合：03-5744-1524

令和6年度定期健康診断実施報告書（結核）

(報告先) 大田区保健所長

実施月	年	月分
報告年月日	令和	年 月 日

所在地	大田区	※実施者種別	<input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 学校長 <input type="checkbox"/> 施設の長
事業所等の名称、実施者氏名			
連絡先	担当者名	電話番号	

※該当する種別の□にチェックしてください

対象者種別 ※	<input type="checkbox"/> 職員（従業員）	<input type="checkbox"/> 学生・生徒	<input type="checkbox"/> 入所者
対象者数	人		
検査方法別内訳	受診者数	人	
	×線検査	人	
	かくたん検査	人	
	その他の検査 (検査の内容)	人	
未受診者数	人		
	未受診の理由	休職等： 人	受診拒否： 人
		妊娠中： 人	その他： 人
その他 未受診理由			
被発見者数	結核患者	人	
	潜在性結核感染症患者	人	
	結核発病のおそれがあると診断された者	人	
健診実施医療機関等の名称、所在地			