

# 結核健康診断報告書(社会福祉施設用)

.....年 月分

藤沢市長

報告年月日 .....年 月 日

事業者等の名称及び所在地		
代表者名		TEL:

	職員	65歳以上の利用者
対象者数	名	名
受診者実数	名 ※職場健診以外も含む(人間ドックなど)	名 ※施設内健診以外も含む(市健診等)
胸部エックス線検査者数	名	名
かくだん 喀痰検査者数	名	名
その他 ( )	名	名
受診率	% (受診者/対象者)	% (受診者/対象者)
検診未受診の理由	・年度中受診予定( )名 ・妊娠中( )名 ・その他( )名 理由: ・転出等( )名 ・受診勧奨中( )名	

被発見者数	結核患者	名	名
	結核発病のおそれがあると診断された者	名	名

(注) 裏面の記入要領に基づき記載すること。

提出(報告)先  
 〒251-0022 藤沢市鵜沼2131番地の1 藤沢市保健所 保健予防課 保健予防担当  
 電話:(0466)50-3593(課直通) FAX:(0466)28-2121