

結核健康診断報告書(高校・大学・専門学校等用)

藤沢市長

年 月 分

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	新入学生
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 ※学校内健診以外も含む
胸部エックス線 検査者数	名	名
かくたん 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