

結核健康診断報告書(医療機関用)

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		医療 種別 機関	1. 病院 2. 診療所 3. 歯科診療所
代表者名		TEL:	

対象者数	名		
受診者実数	名 ※職場健診以外も含む (人間ドックなど)		
胸部エックス線 検査者数	名		
かたん 喀痰検査者数	名		
その他 ()	名		
受診率	% (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
	結核発病のおそれがあると診断された者	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 藤沢市鵠沼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
