

(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をお願いします
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をお願いします）

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）