

(様式第43号)

結核に係る健康診断（事業所）月報

兵庫県知事 様

年 月分

実 施 者	名 称					実 施 者 種 別	1. 事業者 2. 学校長 3. 施設の長 4. 市町村長
	所在地						
	代表者	TEL (担当者)					
対象者区分	事業者	学校長	施設の長	市町村長		備 考	
	業務従事者	入学年度	収容者	一般住民			
	<input type="checkbox"/> 学校(教)職員 <input type="checkbox"/> 病院・診療所・ 介護老人保健 施設等の職員 <input type="checkbox"/> 施設の職員	<input type="checkbox"/> 大学等 <input type="checkbox"/> 高等学校等 <input type="checkbox"/> 専修(専門) 学校	<input type="checkbox"/> 刑務所 (20歳以上) <input type="checkbox"/> 特養・養護・ 知的施設等 (65歳以上)	65歳以上 の者	市町村長 が必要と 認める者		
対象人員							
受診人員							
未受診者数							
未受診理由							
一 次 検 査	X線撮影者数						
	喀痰検査者数						
	その他の検査者数						
要精密検査者数							
	精密撮影者数						
	喀痰検査者数						
被 発 見 者 数	結核患者数						
	結核発病のおそ れがあると診 断された者						

記入上の注意

- 「実施者種別」の欄は、該当するものの数字を○で囲むこと。都道府県知事又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告すること。
- 「対象者の区分」の欄については、該当する項目の□にレ印を記入すること。
- 未受診者理由欄については、その理由を詳細に記入すること。
- 報告時に一次検査未受診として報告し、後日、受診が判明した場合については、判明した者について追加報告願います。

受付