

結核健康診断月報

(あて先)川崎市長

年 月分

報告年月日 年 月 日

事業所の名称

所在地

実施者名

項 目	実施者別	事業者	学校の長	施設の長
対 象 者 数				
受 診 者 数				
方 法 別 受 診 者 数	間 接 撮 影			
	直 接 撮 影			
	<small>かくたん</small> 喀 痰 検 査			
	そ の 他			
被 発 見 者 数	結 核 患 者			
	結核発病のおそれ があると診断され た者			

未受診の理由	
--------	--

記入上の注意

- 1 実施者別の該当欄に、記入してください。
- 2 学校の長、施設の長又は市町村長が所属の職員について実施したときは、事業者として報告してください。
事業者とは、学校(専修学校及び各種学校を含み、幼稚園を除きます。)、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設並びに社会福祉法第2条第2項第1号及び第3号から第6号までに規定する施設の長をいいます。
- 3 施設の長とは社会福祉法第2条第2項第1号及び第3号から第6号までに規定する施設の長をいいます。
- 4 対象者数は基準日を定め、年度の対象者を毎月記入してください。
- 5 対象者のうち受診していない者がいる場合は主な未受診の理由を記入してください。

実 施 者	対象者(時期)
事 業 者	従事者(毎年度)
学 校 長	高校生・大学生等(入学年度)
施 設 の 長	入所者:65歳以上(毎年度)