

結核に係る定期の健康診断実施報告書

（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の7）

報告年月日 令和 年 月 日

佐賀県知事 様

事業所名(学校名、施設名等)及び市町名

所在地

代表者名

電話番号

FAX番号

担当者名

E-mail

実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
健康診断実施(医療)機関名	

※実施者種別 (実施者に○印をつけてください)	事業者	学校長	施設の長		市町村長		
	業務 従事者	今年度 入学した 学生 生徒	刑事施設 収容者 20歳以上	社会福祉施設 入所者 65歳以上	65歳以上の者		その他 必要と認 めた者
					うち80歳以上		
対象者数							
受診者数							
間接撮影者数							
直接撮影者数							
喀痰(かくたん)検査者数							
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						
備考 ※健診未受診者がいる場合は、 未受診の理由を記入してください	<input type="checkbox"/> 妊娠中(人) <input type="checkbox"/> 育休中(人) <input type="checkbox"/> 病休中(人) <input type="checkbox"/> その他(人)理由()						