

神戸市長 あて

結核健康診断報告書 報告年月日 令和 年 月 日

学校または施設の名称、 所在地及び実施者名	公立 私立		
実施者種別	学校長	施設の長	注)ここでのいう学校
学校または施設の種別 (該当する数字を○で囲んで下さい)	1 高等学校	1 救護施設・更生施設	学校教育法第1条に規定する学校(専修学校及び各種学校を含み修業年限が1年未満のものを除く)で高校以降の年次のもの  ここでのいう施設 社会福祉法第2条第2項第1号および第3号から第6号に規定する施設
	2 高等専門学校	2 養護老人ホーム	
	3 短期大学	3 特別養護老人ホーム	
	4 大学	4 軽費老人ホーム	
	5 大学院	5 障害者支援施設	
	6 専修学校	6 身体障害者更生援護施設	
	7 各種学校	7 知的障害者援護施設	
	8 特別支援学校	8 婦人保護施設	
	9 その他 ( )	9 その他 ( )	

健診年月日 令和 年 月 日～令和 年 月 日

	学校		施設		記入について
	1年(回)生	備考	65歳以上	備考	
対象者数					同一の者が複数の検査(間接・直接・喀痰)を受けていても、1人として計上してください
受診者実数					
間接撮影	対象者数				実施者数欄には間接胸部 X線撮影を受けた人数を計上してください
	実施者数				
直接撮影	対象者数				実施者数欄には直接胸部 X線撮影を受けた人数を計上してください ※デジタル撮影を含む
	実施者数				
喀痰検査	対象者数				実施者数欄には結核の喀痰検査を受けた人数を計上してください
	実施者数				
被発見者数	結核患者				今回の健診で治療の必要な結核患者の人数を計上してください
	結核発病の恐れがあると診断されたもの				今回の健診で結核治療の必要がない要観察と診断された人数を計上してください

※ 対象者以外の方が、肺がん健診等により胸部 X線撮影等を受けた場合の報告は不要です。

担当者氏名		電話		FAX	
-------	--	----	--	-----	--