

(返送先・送付状不要)

郵便の場合：〒144-8621 大田区保健所感染症対策課結核担当 宛（住所不要）

FAXの場合：03-5744-1524

令和7年度定期健康診断実施報告書（結核）

(報告先) 大田区保健所長		実施月	年		月分
		報告年月日	令和	年	月 日
所在地	大田区				※実施者種別 ☐ 事業者 ☐ 学校長 ☐ 施設の長
事業所等の名称、実施者氏名					
連絡先	担当者名		電話番号		

※該当する種別の□にチェックしてください

対象者種別 ※	☐ 職員（従業員） ☐ 学生・生徒 ☐ 入所者			
対象者数	人			
検査方法別内訳	受診者数	人		
	X線検査	人		
	かくたん検査	人		
	その他の検査	人		
	(検査の内容)			
未受診者数	人			
	未受診の理由	休職等：	人 受診拒否：	人
		妊娠中：	人 その他：	人
		その他 未受診理由		
被発見者数	結核患者	人		
	潜在性結核感染症患者	人		
	結核発病のおそれがあると診断された者	人		
健診実施医療機関等の名称、所在地				