

結核定期健康診断実施報告（2025年度実施分）

提出期限 令和7年12月26日（金）まで

報告日：令和 年 月 日

◎健康診断が終了次第、報告をお願い致します。（FAX：3647-7068 又は、電子メール：230910@city.koto.lg.jp）

施設名		所在地	
電話番号		FAX番号	
管理者		問合せ先	所属： 氏名：

※受診を個人に任せている場合でも施設として受診結果を把握しご報告ください

		全施設	学校及び社会福祉施設のみ
対象者	職員・従事者数	① 職員・従事者数 (管理者含む、休職者・退職者は除く)	② 学生・生徒・入所者数 (新入学生数(学校)、65歳以上入所者数)
	学生・生徒・入所者数	名	名
受診者数	胸部X線検査者数(個人で受診した分も含めて)	名	名
	喀痰検査者数(必要があり排菌の確認をおこなった数)	名	名
結果	異常なし(結核疑いなし)	名	名
	結核患者(結核を発病している方)	名	名
	結核疑いで精密検査中の方	名	名
未受診者数	妊娠中のため	名	名
	X線による被爆があるため	名	名
	健康診断に胸部X線が含まれていないため	名	名
	今後、受診予定(受診結果が判明したらご報告ください)	(月頃) 名	(月頃) 名
	その他(理由を記入してください)	() 名	() 名