

定期の健康診断実施報告書

豊島区池袋保健所長 殿

年度分

報告年月日 年 月 日

施設名			
所在地			
連絡先	担当者名		電話番号

	1 事業者 (業務従事者)	2 学校長 (学生または生徒)		3 施設の長 (入所者)		4 市町村長	
		入学者	その他	65歳以上	その他	65歳以上	その他
対象者数	名	名	名	名	名	名	名
X線検査者数	名	名	名	名	名	名	名
喀痰検査者数	名	名	名	名	名	名	名
被発見者数	結核患者	名	名	名	名	名	名
	結核発病のおそれがあると診断された者	名	名	名	名	名	名

記入上の注意

学校、病院、診療所、助産所、老健施設、社会福祉施設の業務に従事する者について実施したときは 1 事業者の欄へ、学生または生徒について実施したときは 2 学校長の欄へ、施設の入所者について実施したときは 3 施設の長の欄へ記入して下さい。

2 学校長は、入学者とその他（在校生等）に分けて、3 施設の長は 65 歳以上とその他に分けて記入して下さい。

報告・問い合わせ先
〒170-0013
豊島区東池袋1-20-9
豊島区池袋保健所 健康推進課
電話 03-3987-4179
ファクス03-3987-4178