様式第１号

結核性疾患精密検査証明書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | 男・女 | | 学校名 | | |  | | | | 職名 |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | 現住所 | | |  | | | |
| レントゲン検査所見 | 胸部直接撮影所見  （　　　年　　月　　日写） | | | | | | 腹部その他（　　　　 ）直接撮影、特殊撮影（断層・キモグラム・横断・廻転・流動等）及び気管支造影その他のレントゲン所見、気管支鏡所見 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ツベルクリン反応検査  （　年　月　日実施） | | | | ｍｍ×　　　　ｍｍ（硬・二重・水・壊） | | | | | | | | | | | |
| 判定 | | 時間目　　　陰性・疑陽性・陽性 | | | | | | | | | |
| 赤沈速度検査 | | | 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| １°　　　２°  　ｍｍ　　　ｍｍ | | | | | １°　　　２°  　ｍｍ　　　ｍｍ | | | | | １°　　　２°  　ｍｍ　　　ｍｍ | | |
| 喀痰検査 | | | 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 塗（　）・培（　） | | | | | 塗（　）・培（　） | | | | | 塗（　）・培（　） | | |
| ガフキー第　　号 | | | | | ガフキー第　　号 | | | | | ガフキー第　　号 | | |
| 打診・聴診その他の  理学的検査所見 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | ｋｇ | | | | | | | 肺活量 | | ｃｃ | | |
| 病名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 判定及びその理由 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 病気休暇・休職を要する期間 | | | | 年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | |
| 出勤・復職可能日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 検査の結果上記のとおり診断する。  　　　　　　　年　　月　　日  所　在　地  　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |

注　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。