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。