様式第1号

結核検診

**精密検査無料受診券(受診者用)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 住民　・　学校 （小学校・中学校） | | | | | | | | | | | 交付番号 |  |
| 氏名 | |  | | | | | | 男・女 | 生年月日 | | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　 　年　　月　　日生 | | | |
| 住所・電話(住民検診の場合)  学校名・学校の連絡先(学校の場合) | | | | | | | | ○○市立〇〇学校  　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　） | | | | | | |
| ※学校検診精密者 | ツベルクリン反応検査 | | | 4歳未満 | | | 年 月 | | | 成 績 | | mm ( ) | | |
| 小１ | | | 年 月 | | | 成 績 | | mm ( ) | | |
| 小2 | | | 年 月 | | | 成 績 | | mm ( ) | | |
| 中１ | | | 年 月 | | | 成 績 | | mm ( ) | | |
| 中2 | | | 年 月 | | | 成 績 | | mm ( ) | | |
| 陽転年月日 | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| B C G接種歴 | | | | | なし・あり | | | | | | | | |
| ① 年 月 | | | ② 年 月 | | | | ③ 年 月 | |
| B C G瘢痕数 | | | | | 個 | | | | | | | | |
| 既往 | 結核の既往 | | | | 無　・　有　(時期　 年頃、 治療期間 年 ヶ月) | | | | | | | | | |
| その他 | | 疾病名　　　　　　　　 ,　時期 　　　　　　　　　年頃 | | | | | | | | | | | |
| 家族または周囲の人の結核 | | | | （１) いない ・　　（２）いる( ①誰が　　　　　　　　　　　　　　　)  　　　　　　　　　　　　( ②時期 　　　　　　　　年頃　　　　 ) | | | | | | | | | | |

精密検査無料受診券を御利用になる皆様へ

・この受診券を利用して検査を受けられますと、その検査結果について、医療機関で各項目を記入し、費用の請求と共に市町村に送られます。

・この受診券を利用して検査を受けられる医療機関は決められていますので、各市町村の検査担当窓口に問い合わせしてください。

・受診券の有効期限は、発行の日から1か月以内です。

・この件は（3枚複写）、医療機関に提出してください。

・医療機関を受診するまでに、本人または保護者が、太枠の部分を記入してください。

(注)念のため受診時には保険証を持参してください。

発行日　令和　　　年　　　月

発行元　　住所〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市〇〇3番地

○○市教育委員会　　　　　㊞

教育長　○○