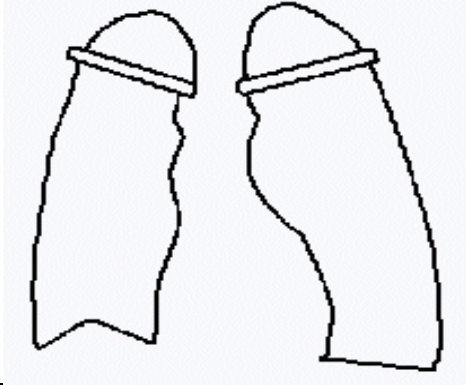


【学生用】胸部X線検査報告書

※下記の太枠内は、受診者が記入すること

フリガナ	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日生 (歳)
氏 名			
課程・専攻		学籍番号	

検 査 項 目

撮影区分：直接・間接 (西暦) 年 月 日撮影 レントゲン番号： _____	
所 見	

上記のとおり、検査の結果を証明します。

(西暦) 年 月 日

医療機関住所

TEL()

医 療 機 関 名

医 師 氏 名



大阪教育大学