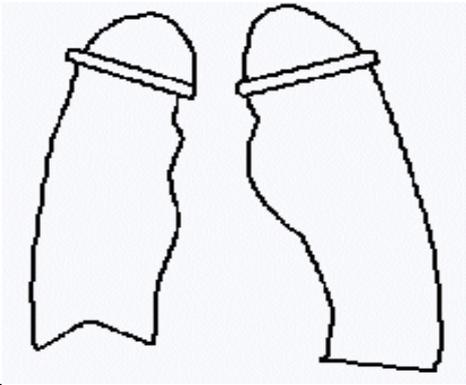


# 【学生用】胸部X線検査報告書

※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 |
| 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：<br>_____ |   |
| 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

