

ご 担 当 医 様

大阪教育大学

ツベルクリン反応検査における結果報告書記入のお願い

この度は本学学生がお世話になります。本学では学生の留学に際し、留学先より健康状態の報告と共に、ツベルクリン反応検査の実施を求められる場合があります。対象者にはこの用紙を持参の上、医療機関を受診するよう指導しております。

つきましては、貴院での検査実施及び判定結果証明として、下記にご記入いただきますようよろしくお願いいたします。なお判定結果陽性の場合は胸部レントゲン撮影が必要となります。合わせてよろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】 大阪教育大学保健センター TEL:072-978-3811

ツベルクリン反応検査結果報告書

※本人記入欄

学籍番号	氏名
------	----

上記の学生に対し、ツベルクリン反応検査を実施し、判定したことを下記に証明します。

実施年月日 (西暦) 年 月 日

判定年月日 (西暦) 年 月 日

結果: _____ × _____ mm

陰性

陽性

胸部X線実施年月日 (西暦) 年 月

判定結果 _____

住 所

医療機関名

医 師 名

Ⓜ