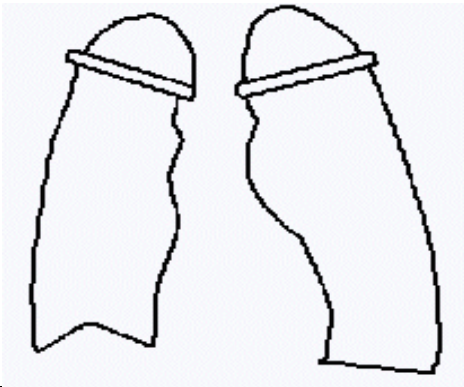


【学生用】胸部X線検査報告書

※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： _____	
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

