

雇入れ時胸部エックス線検査にかかる健康診断書

(ふりがな) 名 前	
住 所	
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日 (歳)

撮影年月日	(西暦) 年 月 日		
検査 (撮影) 方法	☐ 間接撮影 ☐ 直接撮影 ☐ デジタル撮影		
結 果	判定	所見	
	☐ D3 (所見なし)		
	☐ D2 (有所見健康) ☐ E1 (要経過観察) ☐ E3 (要精密検査)	部位	所見
		☐ B (両肺) ☐ R (右肺) ☐ L (左肺) ☐ M (縦隔) ☐ S (脊椎) ☐ T (胸廓)	☐ 浸潤様陰影 ☐ 腫瘤様陰影 ☐ 粒状影・不整形陰影 ☐ その他の異常陰影 ☐ 心陰影及び大血管の異常
特 記 事 項			

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

(医療機関等所在地)

(医療機関等名称)

(健康診断実施医師氏名)

印