

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	<input type="checkbox"/> 間接撮影 <input type="checkbox"/> 直接撮影 <input type="checkbox"/> デジタル撮影		
結 果	判定	所見	
	<input type="checkbox"/> D3 (所見なし)		
	<input type="checkbox"/> D2 (有所見健康) <input type="checkbox"/> E1 (要経過観察) <input type="checkbox"/> E3 (要精密検査)	部位	所見
		<input type="checkbox"/> B (両肺) <input type="checkbox"/> R (右肺) <input type="checkbox"/> L (左肺) <input type="checkbox"/> M (縦隔) <input type="checkbox"/> S (脊椎) <input type="checkbox"/> T (胸廓)	<input type="checkbox"/> 浸潤様陰影 <input type="checkbox"/> 腫瘤様陰影 <input type="checkbox"/> 粒状影・不整形陰影 <input type="checkbox"/> その他の異常陰影 <input type="checkbox"/> 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