

## 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)	部位	所見	
	<input type="checkbox"/> E1 (要経過観察)	<input type="checkbox"/> B (両肺)	<input type="checkbox"/> 浸潤様陰影	
<input type="checkbox"/> E3 (要精密検査)	<input type="checkbox"/> R (右肺)	<input type="checkbox"/> 肿瘍様陰影		
	<input type="checkbox"/> L (左肺)	<input type="checkbox"/> 粒状影・不整形陰影		
	<input type="checkbox"/> M (縦隔)	<input type="checkbox"/> その他の異常陰影		
	<input type="checkbox"/> S (脊椎)	<input type="checkbox"/> 心陰影及び大血管の異常		
	<input type="checkbox"/> T (胸廓)			
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