（健診（イ）（ウ）個人受診用　大阪市教育委員会　　令和９年度採用内定者用）

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）

<table>
<tr><td>撮影年月日</td><td colspan="3">（西暦）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>検査（撮影）方法</td><td colspan="3">□間接撮影　□直接撮影　□デジタル撮影</td></tr>
<tr><td rowspan="4">結　　果</td><td>判定</td><td colspan="2">所見</td></tr>
<tr><td>□　D3（所見なし）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">□　D2（有所見健康）
□　E1（要経過観察）
□　E3（要精密検査）</td><td>部位</td><td>所見</td></tr>
<tr><td>□　B（両肺）
□　R（右肺）
□　L（左肺）
□　M（縦隔）
□　S（脊椎）
□　T（胸廓）</td><td>□　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</td></tr>
<tr><td>特 記 事 項</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

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