

# 結核検査診断書

児童・生徒名 \_\_\_\_\_

児童・生徒生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

性別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

住所（滞在地） \_\_\_\_\_

## 【実施検査内容】

|   |              |
|---|--------------|
| 1 | X線直接撮影 1枚    |
| 2 | その他（ _____ ） |

## 【所見】

上記のとおり診断します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

※診断書は、医療機関の任意様式でも可とします。