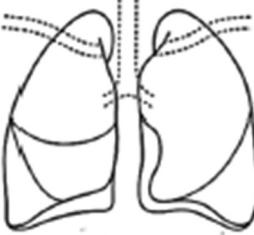


胸部レントゲン検査結果報告書

Chest X-ray report

日本語または英語により記載すること Please fill out this form in Japanese or English.

氏名 Name			性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	生年月日 Date of birth	/ / (YYYY/ MM /DD)
結核検査 Tuberculosis testing	胸部 X 線 検査 Chest X-ray	検査日 Date	/ / (YYYY/ MM /DD)	フィルム番号 Film No.		
		撮影方法 Method	<input type="checkbox"/> 間接 Indirect	<input type="checkbox"/> 直接 Direct	<input type="checkbox"/> その他() Other	
	所見 Results	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal () 				
身体所見 Physical status		<input type="checkbox"/> 支障なし None or will not adversely affect studies. <input type="checkbox"/> 有 () If yes, please comment.				

証明書発行日

Date of issue _____ / / (YYYY/MM/DD)

医療機関名 Name of medical facility _____

所在地 Address and Postal-code _____

電話番号 Phone number _____

FAX 番号 Fax number _____

医師名 Doctor's signature _____