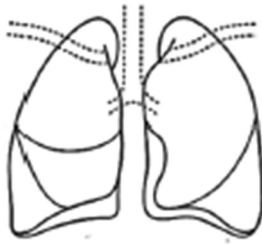


日本語または英語により記載すること Please fill out this form in Japanese or English.

結核検査 Tuberculosis testing	氏名 Name		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of birth	/ / (YYYY / MM / DD)
	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.			

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

醫師名 Doctor's signature