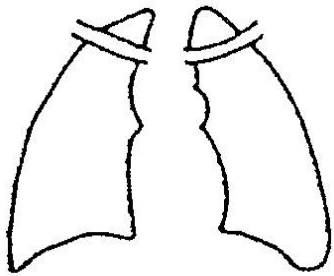


胸部用診断書

所属名		職名	
氏名	生年月日	年 月 日生 (歳)	
診断名 (ICDコード)	ICDコード ()		
検査 所 見	X線		
	CT		
	MRI		
	所見		
理学所見 その他			
症状の経過及び現在の状況			
治療状況	*治療が行なわれている場合は治療内容（投薬状況等）について記入してください。		
予後に対する 意見	今後の保健管理	就労の可否	
	<ul style="list-style-type: none"> ・要治療 ・要経過観察 	<ul style="list-style-type: none"> ・可 ・不可 	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: right;"> 医療機関名 医療機関住所 主治医名 連絡先 (TEL) </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px 10px;">印</div> </div> </div>			

※個人情報、その目的を達成するためにのみ使い、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※この診断書は、健康診断の胸部X線検査で異常があり、「要精密検査」「要治療」と診断された場合に提出してください。