

結核健康診断名簿(学生・生徒)

学校名 _____ (年 組) 令和 年 月 日 実施

	受診番号	氏名	性別	検査の結果	X線所見 指導区分	前回 指導区分	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

※番号は必ず撮影時にご記入をお願いします。 公益財団法人 熊本県総合保健センター R6.4

結核健康診断名簿(学生・生徒)

学校名 _____ (年 組) 令和 年 月 日 実施

	受診番号	氏名	性別	検査の結果	X線所見 指導区分	前回 指導区分	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

※番号は必ず撮影時にご記入をお願いします。 公益財団法人 熊本県総合保健センター R6.4