令和6年度定期健康診断　胸部レントゲン撮影免除届

私は、下記の理由のため胸部レントゲン撮影を免除していただきたく、以下について届け出をします。

令和6年　　月　　日

学部／研究科

学籍番号

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **健診日** | | 令和6年　月　日 |
| **理由**  該当する番号に〇をしてください。 | １ | 3か月以内に胸部レントゲン撮影をした |
| ２ | 3か月以内に胸部レントゲン撮影をする予定 |
| ３ | 「妊娠中、または妊娠の可能性がある」 |
| **１の場合**  1)～4)を記入 | 1) | 撮影日：令和6年（　　）月（　　）日 |
| 2) | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3) | 撮影の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　）  記載例)体調不良、慢性の咳、○○のための定期受診等 |
| 4) | **結果（**該当する**□**に☑）　　**□**異常なし　　**□**異常  異常ありの場合　所見（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **２の場合**  1)～2)を記入 | 1) | ・胸部レントゲン撮影を予定している月  　令和6年（　　）月 |
| 2) | 撮影の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※3か月内に胸部レントゲン検査を受けている場合、その結果を定期健康診断の胸部レントゲン検査結果の代替としております。撮影日、医療機関名、結果を必ずご記載ください。

【連絡・お問合せ先】高知県立大学　健康管理センター

池キャンパス　　　TEL：088-847-8743

E-mail kenkou@cc.u-kochi.ac.jp

永国寺キャンパス TEL：088-821-7116

E-mail：hoken@cc.u-kochi.ac.jp