

胸部レントゲン受診票

受診日 年 月 日

撮影番号

所属学校名	京都府立	高等学校 支援学校 学校	学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)
	定時制 ・ 通信制		
会場名	※所属学校以外の会場で検査を受ける場合のみ記入して下さい。 京都府立 高等学校 支援学校 学校 学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)		
どちらかに○を 付けて下さい	生徒	・	職員
学年・組 出席番号 (生徒のみ)	年	組	番
フリガナ 氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
性別	男 ・ 女	年齢	歳

胸部レントゲン受診票

受診日 年 月 日

撮影番号

所属学校名	京都府立	高等学校 支援学校 学校	学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)
	定時制 ・ 通信制		
会場名	※所属学校以外の会場で検査を受ける場合のみ記入して下さい。 京都府立 高等学校 支援学校 学校 学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)		
どちらかに○を 付けて下さい	生徒	・	職員
学年・組 出席番号 (生徒のみ)	年	組	番
フリガナ 氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
性別	男 ・ 女	年齢	歳

記入例

下記の例を参考に記入漏れのないようお願い致します。

レントゲン受診時に
採番します

胸部レントゲン受診票

受診日 〇〇〇〇年 4月 24日

撮影番号

所属学校名	京都府立	〇 〇 〇 〇	高等学校 支援学校 学校	学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)	
		定時制 通信制			
会場名	※所属学校以外の会場で受診される場合のみ記入して下さい。				
	京都府立	□ △ □ △	高等学校 支援学校 学校	学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)	
どちらかに○を 付けて下さい		生徒	・	職員	
学年・組 出席番号 (生徒のみ)	1 年	5 組	32 番		
フリガナ 氏名	△ △ △ △ △ △ △ △ 〇 〇 〇 〇 〇				
生年月日	昭和 ・ 平成 〇〇年 7月 7日				
性別	男 ・ 女		年齢	15 歳	

・ 学校名を記入の上、
高等学校、支援学校、学校のうち
該当するものを○で囲んでください。

・ 学舎・分校の方は名称を記入の上、
該当を○で囲んでください。
・ 附属中学校の方は、「附属中学校」
を○で囲んでください。
・ 京都八幡高等学校の方は、()内の
北または南を○で囲んで下さい。

・ 定時制課程、通信制課程の方は
該当するものを○で囲んでください。

・ 所属学校以外の会場で受診される
場合は、必ずご記入ください。
なお、記入方法は上記『所属学校
名』と同様です。

他校受診者専用名簿

受診日

年

月



所属学校名

京都府立	高等学校 支援学校 学校	_____学舎・分校 附 属 中 学 校 (北 ・ 南 キャンパス)
定時制	・	通信制

検診会場名

京都府立	高等学校 支援学校 学校	_____学舎・分校 附属中学校 (北 ・ 南 キャンパス)
------	--------------------	--

[illegible]

『他校受診者専用名簿』 記入方法

他校受診者専用名簿

所属学校名

受診日

年

月

日

京都府立

○ ○

高等学校
支援学校
学校

学舎・分校
附属中学校
(北 ・ 南 キャンパス)

定時制

・

通信制

検診会場名

京都府立

高等学校
支援学校
学校

学舎・分校
附属中学校
(北 ・ 南 キャンパス)

氏 名	フリガナ	区 分
○ ○ △ △	△ □ △ □ ○ ×	生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員
		生徒 ・ 職員

学校名を記入の上、
高等学校、支援学校、学校のうち
該当するものを○で囲んでください。

・学舎・分校の方は名称を記入の上、該
当を○で囲んでください。
・附属中学校の方は、「附属中学校」
を○で囲んでください。
・京都八幡高等学校の方は、()内の
北又は南を○で囲んで下さい。

・定時制課程、通信制課程の方は
該当するものを○で囲んでください。

記入方法は上記『所属学校名』と同様です。

・氏名、フリガナを記入し、生徒又は
職員のいずれかを○で囲んで下さい。