

体检通知

您的身体感觉如何？

我们将在如下时间实施结核检查。为了您的健康，请务必参加。

详细内容

* 日期

年 月 日 () : ~ :

年 月 日 () : ~ :

年 月 日 () : ~ :

年 月 日 () : ~ :

* 地点

大阪府 保健所

* 费用

免费

* 内容

血液检查、结核菌素反应检查、胸部 X 光检查

* 结果报告

结核菌素反应检查：2 天后诊断注射部位。

血液检查：出结果可能需要两周左右时间。

胸部 X 光检查：当天进行说明。

* 注意事项

- 各位前来体检的人员，请提前一天通过电话等通知我们。
- 以上体检日期您都不能参加的话，请与您的担当保健师联系告知。
- 您前来体检时请将此通知单提交给报到处人员。

(体检场所地图)

联系方式 大阪府 保健所
地 址
电 话
担当保健师