

# 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