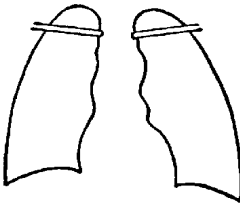
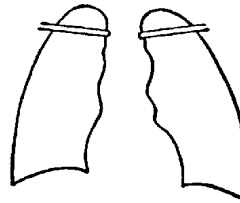


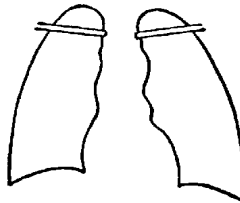
文教大学 東京あだちキャンパス 定期健康診断票

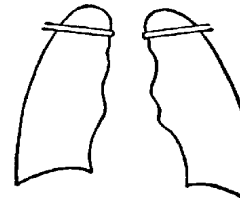
学籍番号		<input type="checkbox"/> 国際学部国際理解学科	<input type="checkbox"/> 国際学部国際観光学科	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 経営学部経営学科	<input type="checkbox"/> 大学院	
氏名	生年月日 (西暦)	年	月	日生 男・女
既往歴・現病歴		記入日 年 月 日		
* 下記の項目に該当するものに☑をつけ、必要事項を記入してください				
1	① 今までに下記の病気やケガをしたことがありますか <input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈/川崎病/その他の心臓病) <input type="checkbox"/> 肺・気管支疾患(肺炎/肺結核/喘息/その他) <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 消化器(胃腸)の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液疾患・貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科系の病気 <input type="checkbox"/> てんかん・けいれん <input type="checkbox"/> 精神・神経系の病気 <input type="checkbox"/> 脳血管系の病気 <input type="checkbox"/> この1年以内に入院・手術・長期通院を要するケガ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ない			
	以下は①で、☑の方のみ記入			
	診断名 (歳～ 歳 / 現在まで) 現在：治療済 / 治療継続中・経過観察中 (回/年) 通院 病院名：			
	診断名 (歳～ 歳 / 現在まで) 現在：治療済 / 治療継続中・経過観察中 (回/年) 通院 病院名： 主治医から大学生活上の注意点を指示されている方は、内容をご記入ください <input type="checkbox"/> 特になし			
2	手又は足に運動障害がありますか	<input type="checkbox"/> ある 具体的に	<input type="checkbox"/> ない	
3	眼又は耳の機能で日常生活に不自由がありますか	<input type="checkbox"/> ある 具体的に	<input type="checkbox"/> ない	
4	障害者手帳を取得していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中/申請を検討中 <input type="checkbox"/> いいえ			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級			
	障害の内容： 発達障害（疑いを含む）といわれたことがある方は☑してください <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害・ADHD <input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
5	① アレルギーがある方は具体的に書いてください（薬品 / 食べ物) <input type="checkbox"/> ない			
	② アナフィラキシーショック（呼吸困難や意識障害を伴う重度のアレルギー発作）を起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある 歳 <input type="checkbox"/> ない			
	以下は②で、「ある」の方のみ記入			
	③ 何で 起こりましたか（薬品 / 食べ物 / その他) ④ どこにどんな症状が出ましたか 部位： () 症状：呼吸困難 / 意識障害 / じんましん / その他 () ⑤ 常備薬がある方：どのような時に内服しますか () 薬品名(錠・包) ⑥ エピペンを所持していますか <input type="checkbox"/> はい ⇒常時 () に所持している <input type="checkbox"/> いいえ			
* 2年生以降 1年以内にかかった大きな病気やケガがあれば記載してください				
6	2年生 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		年 月 日 診断名 現在：治療済 / 治療継続中・経過観察中	
	3年生 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		年 月 日 診断名 現在：治療済 / 治療継続中・経過観察中	
	4年生 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		年 月 日 診断名 現在：治療済 / 治療継続中・経過観察中	
	年生 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		年 月 日 診断名 現在：治療済 / 治療継続中・経過観察中	

学籍番号		フリガナ 氏名	
------	--	------------	--

受診日	年 月 日
学年	1年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	*1年生のみ
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

受診日	年 月 日
学年	2年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

受診日	年 月 日
学年	3年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

受診日	年 月 日
学年	4年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

注1) 矯正視力は()内に記入

注2) 血圧は、収縮期140以上または拡張期90以上の場合は再測定し、再検結果を記入

注3) 該当する□に☑を記入。有所見項目は下記の診断分類を参照し () 内にA~Fを記入

注4) その他には、強度の斜視が認められる、日常会話が聞こえにくい、明らかな伝染性皮膚炎を認めるなども含む

<診断分類> A : 異常なし B : 心配なし (所見はあるが受診不要、1年後の健診で再診) BF : 経過観察 (自覚症状があれば受診へ)
G : 要精密検査/要再検査 E : 治療中