

定期健康診断

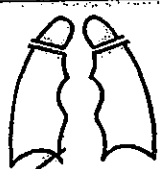
学籍番号	情 報 学 部			健康栄養学部	大学院
ふりがな	情報システム	情報社会	メディア表現	管理栄養	情報
氏 名	現住所 〒				
生年月日 西暦 年 月 日 男・女	電 話 (携帯電話)				

学 年	年
年 齢	才
診断年月日	年 月 日
身 長	cm
体 重	kg
視力	右 ()
	左 ()

血 圧	①
	②

内科健診	経過観察	精密検査
	胃内科 1:心雑音 2:不整脈 3:甲状腺腫脹 4:リンパ腫脹 5:貧血 6:その他() *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	

尿 検 査	蛋白 糖 潜血 M欄
	() () () () () ()

間接・直接	F番号
所 見	

心電図

病院・医師名

緊急連絡先 (保護者)	電話番号(24時間連絡が取れる番号)	保護者氏名	続柄 父・母 その他 ()	保護者住所
-	-	-	-	-

※裸眼0.1以下の場合、再検査をいたします。

※上が140以上又は下が90以上の場合、再測定いたします。

※1項目でも(+)以上の場合、再検査をいたします。

※再検査において1項目でも(+)以上の場合、再々検査をいたします。

問 診 票

下記の項目に該当するものに○印をつけてください。必要事項を記入してください。

- (1) 過去の大きな病気
病名 () 才 病名 () 才
- (2) 慢性病・持病があり定期的に通院している
病名 () 才 病名 () 才
- (3) 定期的に使用している薬がある
薬品名:
- (4) アレルギー 有 () 才 無
 どんな [薬品: 食べ物:]
 [その他:]
 症状 [呼吸困難 意識障害 蕁麻疹 皮膚炎 鼻炎]
 [その他:]
- (5) 現在体の具合が悪いところがある
具体的に []
- (6) 相談したいことがある
内科的 婦人科的 精神的 その他 ()
- (7) 喫煙の有無 有 () 才 無
- (8) 障害手帳を有している 有 () 級 無

※障害者手帳を取得している方の進路は、キャリア支援課で支援していますので利用してください。