


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
尿 検 査	蛋白 糖 潜血 M欄 () () () () () ()
間接・直接 所 見	F番号
	
心電図	※1年生のみ実施
病院・医師名	

※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。

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、明らかな伝染性皮肤病炎を認めるなども含む

※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。