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		1　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	mmhg
	②	mmhg
尿検査		蛋白　糖　潜血
		①(　)(　)(　)
		②(　)(　)(　)
心電図		＊1年生のみ
胸部X－P	番号	
	所見	
内科診察		□ A：異常なし
		□ 心雑音(B・C・D)
		□ 不整脈(B・C・D)
		□ 甲状腺腫脹(B・C・D)
		□ リンパ節腫脹(B・C・D)
		□ 貧　血(B・C・D)
		□ その他(B・C・D)(　　)
病院・医師名		

A：異常なし　B：経過観察　C：要精密検査　D：治療中

問　診　票

下記の項目に該当するものに○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　有　無
病名　（　才）　病名　（　才）

（2）慢性病・持病があり通院している　有　無
病名　（　才）　病名　（　才）

（3）定期的に使用している薬がある　有　無
薬品名：

（4）アレルギー　有　無
どんな［薬　品：／食べ物：／その他：］

症　状［呼吸困難・意識障害・じんましん・皮膚炎・鼻　炎／その他：（　）］

アナフィラキシー発作（呼吸困難や意識障害を伴う重度の発作）　有　無

（5）現在体の具合の悪いところがある　有　無
具体的に［　］

（6）相談したいことがある　有　無
内科的　婦人科的　精神的　その他（　）

（7）喫煙歴　有（　才）　無

（8）障害者手帳を有している　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。

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	保護者住所
	－　－		父・母 その他 （　）	〒　－