

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 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	<input type="checkbox"/> A: 異常なし
	<input type="checkbox"/> 心 雑 音(B・C・D)
	<input type="checkbox"/> 不 整 脈(B・C・D)
	<input type="checkbox"/> 甲状腺腫脹(B・C・D)
	<input type="checkbox"/> リンパ節腫脹(B・C・D)
	<input type="checkbox"/> 貧 血(B・C・D)
	<input type="checkbox"/> その 他(B・C・D) ()
病院・医師名	

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 病名 (才) 病名 (才)	有 無
(2) 慢性病・持病があり通院している 病名 (才) 病名 (才)	有 無
(3) 定期的に使っている薬がある 薬品名:	有 無
(4) アレルギー 薬品: どんな食べ物: その他:	有 無
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 具体的に []	有 無
(6) 相談したいことがある 内科的 婦人科的 精神的 その他 ()	有 無
(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。	

A: 異常なし B: 経過観察 C: 要精密検査 D: 治療中

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 ()	〒 —