

定期健康診断表

※本件の中は記入してください

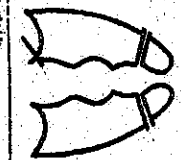
学籍番号				国際学部	健康栄養学部	経営学部	大学院
	情報システム 情報社会・メディア表現			国際理解・国際観光	管理栄養	経営	国
ふりがな							
氏名			男 / 女	生年月日	年 月 日生		

学年	年	才	年
年齢	年	月	日
診断年月日	年	月	日
身長	cm		
体重	kg		
視力	右	()	
	左	()	
血圧	①		
	②		

※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。

経過観察	精密検査
------	------

内科 1:心経音 2:不整脈 3:甲状腺腫脹 4:リンパ腫脹 5:貧血 6:その他()
 ※その他には強度の料視が認められる、日常生活が聞こえにくい、明らかな伝染性皮膚病を認めるなど含む

尿検査	蛋白	()	糖	()	潜血	()
	胆	()	尿	()	尿	()
問接・直接	所見					
心電図	※1年生のみ実施					

病院・医師名

※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) 心臓病 有 () 才) 無 () 才) 不整脈 川崎病 その他の心臓疾患 ()

(2) アレルギー 有 () 才) 無 () 才) 何で [薬品: 食べ物: 花粉:]
 その他: ()

どんな [呼吸困難 意識障害 尋麻疹 皮膚炎 鼻炎] その他: ()

(3) 過去の大きな病名 () 才)

(4) 慢性病・持病があり定期的に通院している病名 () 才)

(5) 定期的に服用している薬がある薬品名

(6) 現在体の具合が悪いところがある
 具体的に []

(7) 相談したいことがある
 内科的 婦人科的 精神的

(8) 障害手帳を有している 有 () 才) 無 () 才) 無 ()

※障害者手帳を取得している方の連絡は、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。