

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	データサイエンス	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 線 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		

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) 障がい者手帳又は療育手帳を有している	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 ()	〒 —