

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	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 線 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	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
薬品:		
どんな食べ物:		
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。		

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 ()	〒 —