

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 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:
 どのような食べ物:
 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 ()	〒 —