

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	<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) 定期的を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: []
 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 ()	〒 —