

# 外部受診依頼書

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

歳

上記の本学学生の健康診断を  
右の様式によりお願いいたします。

**[注意事項]**

- \*レントゲン所見を記入のうえ、レントゲンフィルムの添付をお願いします。
- \*内科は各項目に対し、異常「有」か「無」の○印を記入してください。

(補足) 機雑は機能的雑音  
病雑は病的雑音  
調律は調律異常

- \*視力は測定値及び「裸眼」か「メガネ」か「コンタクト」の何れかに○印を記入してください。

青山学院大学 保健管理センター  
医師 五味 慎太郎

青山キャンパス  
東京都渋谷区 渋谷 4-4-25  
電話 03(3409)7896

相模原キャンパス  
神奈川県相模原市中央区 淵野辺 5-10-1  
電話 042(759)6011

学生番号

--	--	--	--	--	--	--	--

年

氏名

男・女

検査年月日

--	--	--	--	--	--	--	--

身長

--	--	--	--	--	--

体重

--	--	--	--	--	--

血圧

収縮期			拡張期		

mmHg

視力

(右)	裸眼	メガネ	コンタクト			
-----	----	-----	-------	--	--	--

(左)	裸眼	メガネ	コンタクト			
-----	----	-----	-------	--	--	--

主な既往症

疾病名	治癒時の年齢

歳

検尿

潜	蛋	糖
血	白	

内科

内科異常	リンパ腺	甲状腺	黄疸	貧血	心音			運動障害
					機雑	病雑	調律	
有0	有1	有1	有1	有1	有1	有1	有1	
無1	無0	無0	無0	無0	無0	無0	無0	

現在の病気

疾病名	発症時期・年齢

歳

レントゲン

フィルム番号	所見	判定

検査施設

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号

印

(当方で記入します)

装置	レントゲンフィルム番号	所見	指示	管理

◎対象（学年別） 健康診断検査項目◎

対象	健康診断 検査項目
1年生・科目等履修生(学部生)	身長・体重・内科診察・胸部レントゲン検査
2年生	身長・体重
3年生	身長・体重
4年生	身長・体重・視力・内科診察
今年度入学の大学院生	身長・体重・視力・内科診察・胸部レントゲン検査
今年度入学以外の大学院生	身長・体重・視力・内科診察
今年度編入・転部生、今年度再入学生	身長・体重・内科診察・胸部レントゲン検査

※今年度入学とは、学生番号の4桁目が「2」、5桁目が「0」に該当する学生です。

※今年度、教育実習・介護等体験に行く予定のある学生は、胸部レントゲン検査を検査項目に追加してください。