

ご依頼書

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

学生番号

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

_____ 年 _____ 氏名 _____ 男・女 _____

検査年月日

年				月		日	

身長

cm			

体重

kg			

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			内科								
潜血	蛋白	糖	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	有1
			無1	無0	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

(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

印

◎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「1」に該当する学生です。

※今年度、教育実習・介護体験等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。