

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
			有	有	有	有	有	機雑	病雑	調律	有
			0	1	1	1	1	有	有	有	1
			無	無	無	無	無	無	無	無	無
			1	0	0	0	0	0	0	0	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。