

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 稲垣 中

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg

血圧 _____ mmHg

収縮期	拡張期

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0	有1	有1	有1	有1	機雑有1 病雑有1 調律有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「2」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。