

# 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 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

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	リンパ腺	甲状腺	黄疸	貧血	心音			運動障害
			異常	異常	異常	異常	異常	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