

ご依頼書

氏名

男・女

生年月日

年

月

日

生

歳

上記の本学学生 of 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
(心音)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

視力

(右)

裸眼

メガネ

コンタクト

(左)

裸眼

メガネ

コンタクト

検尿

潜

蛋

糖

血

白

内科

異常なし又は異常ありの何れかに○印を記入してください。

異常なし

異常あり

※異常ありの場合は、該当する項目にも○印を記入してください。

リンパ腺

甲状腺

黄疸

貧血

心音

機雑

病雑

調律

運動障害

レントゲン

フィルム番号

所見

判定

(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

検査施設

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号

印

●健康診断受診項目●

対象		健康診断 受診項目
学部生	1年生	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
	今年度の編入転部生、転学科生、再入学生、交換留学生	身長・体重・内科診察・胸部レントゲン検査 ※今年度入学の4年生は視力検査も実施します
大学院生 専門職大学院生 科目等履修生(学部) 科目等履修生(院生)		身長・体重・視力・内科診察 ※今年度入学生は胸部レントゲン検査も実施します

※新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、受診項目は通常時と異なり最小限の受診項目となっております。

※「今年度入学生」とは、学生番号の4桁目が「2」、5桁目が「3」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学生は胸部レントゲン検査が健康診断受診項目に含まれています。