

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、CD-ROM
又は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			
----	-----	-------	--	--	--

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			運動障害
				機雑	病雑	調律	

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

主な既往症

疾病名	治癒時の年齢
	歳

現在の病気

疾病名	発症時期・年齢
	歳

検査施設

所在地

医療機関名

医師氏名

印

電話番号