

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

【健康診断受診項目】

対象者	健康診断受診項目
【全員】1年生	身長・体重、胸部レントゲン検査、内科診察
【2024年度入学除く】 2年生、3年生、4年生、大学院生、専門職大学院生	身長・体重、視力、内科診察
【2024年度入学】 編入・転学部・転学科生、再入学生	身長、体重、視力、胸部レントゲン、内科診察
【2024年度入学】 大学院生、専門職大学院生	
【全員】交換留学生	
【全員】科目等履修生	

※2024年度教育実習・介護等体験者は胸部レントゲン検査を実施します。

※2024年度入学とは、学生番号の4桁目が「2」5桁目が「4」に該当する学生です。