

## 健 康 診 断 票

愛知学院大学・保健センター/メディカルルーム

本人記入	郵便番号	現 住 所		
	学籍番号		電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	名 前			
	今までに手術や入院等の大きな病気をしたことがありますか いいえ ・ はい(病名と年齢: )			
	現在、病院等に通院をしていますか いいえ ・ はい(どんなことで: )			
	病気やけがで日常生活に支障がありますか いいえ ・ はい(どのように: )			

身長	.	cm	体重	.	kg	胸部 X 線	No. 所見
視 力	右	.	( . )	矯 正 種 類			判定 1. 異常なし 2. 放置可 3. 要観察 4. 要精検
	左	.	( . )				
聴 力 ※4年生のみ	右	正常 ・ 異常				聴 打 診	所見
	左	正常 ・ 異常					判定 1. 異常なし 2. 放置可 3. 要観察 4. 要精検
検 尿	糖		蛋 白				
その他の 疾病異常							

上記のとおり証明いたします

年 月 日

医療機関名

医師名

印