

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			
	名 前	生年月日	年 月 日	
	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	No. 所見
矯正種類 : コンタクト使用は1、メガネは2と記入する				
視 力	右	(. .)	矯正種類	胸部 X 線 判定 1. 異常なし 2. 放置可 3. 要観察 4. 要精検
	左	(. .)		
聴 力	右	正常	・	所見
	左	正常	・	
※4年生のみ				
検 尿	糖		蛋白	聴打診 判定 1. 異常なし 2. 放置可 3. 要観察 4. 要精検
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