

健康診断票

愛知学院大学・保健センター

本人記入	郵便番号	現住所		
	学籍番号	電話番号		
	フリガナ	性別	男・女	
	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. 所見なし 2. 放置可 3. 要観察 4. 要精検
	左	(.)			
聴力	右			聴打診	所見 判定 1. 所見なし 2. 放置可 3. 要観察 4. 要精検
	左				
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

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印