

ご依頼書

青山学院大学 保健管理センター
医師 稲垣 中

学生番号		学 年		性 別	男・女
氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)		

上記の本学学生の健康診断を下記の様式によりお願いいたします。
また、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いたします。

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

.

※視力は、測定値及び「裸眼」「メガネ」「コンタクト」何れかに○印を記入してください。

レントゲン

(当方で記入いたします)

フィルム番号	所 見	判定

装置	レントゲンフィルム番号	所見	指示	管理

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。また、異常ありの場合には該当する項目にも○印を記入してください。
※心音・・・機雑は機能的雑音、病雑は病的雑音、調律は調律異常

	異常なし						
	異常あり						
リンパ腺	甲状腺	黄疸	貧血	心音			運動障害
				機雑	病雑	調律	

現在の病気

主な既往症

疾患名	発症時の年齢

疾患名	治癒時の年齢

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

【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、内科診察	
【2025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	
【2025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	
【2025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		
※2025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。		
※2025年度入学とは、学生番号の4桁目が「2」5桁目が「5」に該当する学生です。		

【問い合わせ先】
青山キャンパス：東京都渋谷区渋谷4-4-25 （TEL03-3409-7896）
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 （TEL042-759-6011）