

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

機雑

病雑

調律

運動障害

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

電話番号

印