

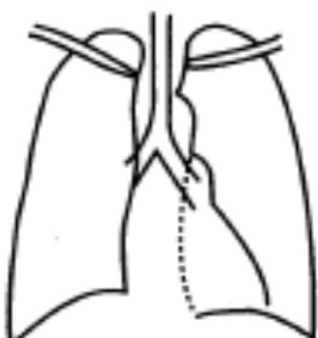
# 健康診断票

1 本人記入欄(太線枠内に所要事項を記入してください。)

学校法人 愛知産業大学

(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生( 歳)
現住所又は連絡先 (〒 - )	電話 ( )	-
今までに入院したり、半月以上病気したことがありますか。(既往歴) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 昭,平 年 月~昭,平 年 月( 歳時)病名又は症状( ) 昭,平 年 月~昭,平 年 月( 歳時)病名又は症状( ) 昭,平 年 月~昭,平 年 月( 歳時)病名又は症状( ) (記入例)昭(平)10年11月~昭(平)10年12月(18歳時)病名又は症状( 虫垂炎 )		
最近6か月間の健康状態はどうですか。(現病歴) <input type="checkbox"/> 頑健である。 <input type="checkbox"/> 普通健康体である。 <input type="checkbox"/> 病気にかかった。 ・ 月ころ ・ 病名又は症状( ) <input type="checkbox"/> 身体に障害がある。 ・ 障害の状態( ) ・ 障害の程度 日常生活に支障が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・ 支障がある場合その内容( ) <input type="checkbox"/> 医療機関にかかっている。 ・ 昭,平 年 月ころから ・ 病名又は症状( ) <input type="checkbox"/> 治療を受けている <input type="checkbox"/> 定期的に検査を受けている <input type="checkbox"/> その他自覚症状等( )		

2 医療機関等記入欄(二重線内の検査を実施し、所要事項を記入してください。)

身長	cm	聴力	聴力低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ※あり	胸部X線撮影 (間接・直接) 	
体重	kg		※問診の際の一般的な会話において聴力低下を認めた者に限りオーディオメーターを用いて検査する。 1,000Hz 4,000Hz		
BMI (※)					右 ( ) ( ) 左 ( ) ( )
尿	淡白 ( )				
	糖 ( )				
血压	/				
	/				
診察所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要再検査 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要治療 診断名等 [ ]			結果:	
備考	(上記の検査事項以外に参考となること等があれば記入してください。) ●医療機関等の住所及び名称 ●検査医の氏名及び印			印 平成 年 月 日実施	

※BMI = 体重kg / (身長m × 身長m)