

# 令和6年度 健康診断受診票 ( 外部 )

学籍番号		学年		年	クラス		クラブ	
フリガナ		性別		生年月日	西暦		年	歳
氏名		男・女		年	月		日	

※ 2、3、4年生は、検査の要否がありますので、事前に健康管理センターへ問い合わせして下さい。

世田谷：03-5706-0854  
健志台：045-963-7904

健診日 2024・2025 年 月

検査項目 1		検査結果	検査項目 2	大学記入欄
身長		cm	♥ 心電図	No.
体重		kg	<b>お願い</b> ① 新入生(大学、大学院)・新編入生・再入学者は、 <b>全員心電図</b> をとって下さい。 ② 心電図欄に <b>図</b> の記載がある場合や自覚症状、他覚症状(診察所見)で ♥ マークの項目に「はい/有」とついていた場合は必ず心電図をとって下さい。 ③ 心電図をとった場合は、実波形のデータ(コピーで可)を <b>必ず</b> 添付して下さい。	
BMI				
視力	右 ( ) (コンタ外・眼鏡)	左 ( ) (コンタ外・眼鏡)		
血圧(脈)		脈拍 回/分 mmHg	他覚症状(診察所見)	疾病・異常の有無
尿検査	糖		♥ 不整脈	有・無
	潜血		♥ 心雑音	有・無
	蛋白		呼吸音異常	有・無
	ウロビリ		貧血様症状	有・無
胸部レントゲン		所見	♥ 甲状腺腫	有・無
No.			その他の所見	有・無
間接撮影			〔 〕	
直接撮影			特記事項	

自覚症状：過去1年間の心身の状況 (本人が記載する)		
0	特に気になることはなかった	はい・いいえ
♥ 1	「意識消失(失神)」があった	はい・いいえ <input type="checkbox"/> A
2	脳しんとう(頭部を強くぶつけた、激しい振動が頭部に加わった)があった	はい・いいえ <input type="checkbox"/> E
♥ 3	「胸の痛み」「胸のしめつけられる感じ」などがあった	はい・いいえ <input type="checkbox"/> A
♥ 4	「動悸発作(心臓が強く脈打つ、脈が飛ぶ、脈が乱れる等)」があった	はい・いいえ <input type="checkbox"/> A
♥ 5	「呼吸困難」があった	はい・いいえ <input type="checkbox"/> A
♥ 6	「全身けいれん」をおこしたり「てんかん」といわれた	はい・いいえ <input type="checkbox"/> B
7	アレルギー症状(食物、薬疹等)があった	はい・いいえ <input type="checkbox"/> AL
8	「貧血」と言われた	はい・いいえ <input type="checkbox"/> B
9	「喘息(ぜんそく)」で継続治療を受けている、又は処方薬を使用している	はい・いいえ <input type="checkbox"/> C
10	心の状態が不調である	はい・いいえ <input type="checkbox"/> B
11	月経不順、無月経、月経痛、月経前の心や体の不調など婦人科の問題がある	はい・いいえ <input type="checkbox"/> F
12	継続的に治療をつけている(糖尿病・甲状腺等の内科疾患、眼・耳鼻科疾患含む)	はい・いいえ <input type="checkbox"/> B
13	ケガで3ヶ月以上違和感、痛みなど症状が継続しているもしくはリハビリを含め継続治療が行われている	はい・いいえ <input type="checkbox"/> D
14	その他、上記質問以外で定期的に通院または検査をしている	はい・いいえ <input type="checkbox"/> B
医療機関名		
医師名		
印		