

※左半面は余白で印刷されます。
右線で切取り、医療機関へ持参してください。

健康診断個人票 摂南大学
(外部医療機関受診用)

学 生 記 入	フリガナ			
	氏名			
	学籍番号	—		学年
	生年月日	西暦	年 月 日生	喫煙
	携帯電話番号	—	—	有・無

※健康診断で得られた個人情報については、大学での健康管理・修学・就職・課外活動の指導、証明書類の発行を目的として利用します。また、緊急・救急および法令に定める場合を除き、あらかじめ本人の同意を得ることなく第三者に個人情報を提供することはありません。

医 師 記 入	身長		cm
	体重		kg
	視力	裸眼 (右)	(左)
		矯正 (右)	(左)
	検尿	蛋白	糖
	胸部X線	所見	0. 直接 1. 間接 2. 未受診
	既往症	0. なし 1. あり ありの場合具体的内容記入 喘息 (歳) アトピー性皮膚炎 (歳) その他 ()	
	現在症	0. なし 1. あり ありの場合該当項目と内容に○印記入 (該当項目) 1. 循環器系 2. 消化器系 3. 神経系 4. 呼吸器系 5. 眼疾患 6. 耳鼻咽喉疾患 7. 運動機能 8. 皮膚疾患 9. 腎疾患 10. その他 (内容) a. 心雑音 b. 不整脈 c. 喘息 d. アレルギー性鼻炎 e. アトピー性皮膚炎 f. その他 []	
	総合判定	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要精検 4. 継続治療 要精検の場合指示を記入 1. 心電図 2. 血液検査 3. 超音波 4. 胃透視 5. 内視鏡 6. CT 7. その他の検査指示 []	

年 月 日 医療機関名

住 所

医 師 氏 名

印