

※左半面は余白で印刷されます。
右線で切り取り、医療機関へ持参してください。

健康診断個人票 (外部医療機関受診用)

摂南大学

※健康診断で得られた個人情報については、本人の健康相談・保健指導および学生生活上での健康管理(正課・課外活動)、就職・進路などでの証明書発行を目的に使用します。修学上の安全配慮に必要な場合や、学内関係部署や授業担当教員と共有することがあります。また本学の学部から大学院に進学した場合は、安全配慮上必要な健康情報を継続して利用することがあります。

上記の個人情報の提供、利用について同意し、下記氏名欄に署名します。 西暦 年 月 日

学 生 記 入	フリガナ							
	氏名							
	学籍番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	生年月日	西暦	年	月	日生			
	携帯電話番号							
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. 未受診 1. 間接 2. 直接	
	既往症	0. なし 1. あり		ありの場合具体的内容記入				
		疾患名	()	()	()	()	()	()
		疾患名	()	()	()	()	()	()
	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) 今回所見が認められたもの、現在経過観察中及び治療中のものを記入								
a. 心雑音 b. 不整脈 c. 甲状腺腫大								
d. その他所見 ()								
e. 疾患名 ()								
内科判定	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							
	A. 心電図	B. 血液検査	C. 超音波					
D. 胃透視 E. 内視鏡 F. CT								
G. その他の検査指示								
{ }								

年 月 日 医療機関名

住 所

医 師 氏 名

印