

## 健康診断受診票

|         |                        |                     |                 |                    |                    |
|---------|------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| 学部      |                        | 学部                  | 学籍番号            |                    |                    |
| 学科      |                        | 学科                  |                 |                    |                    |
| フリガナ    |                        | 男・女                 | 生年月日            | 年 月 日              |                    |
| 氏名      |                        |                     |                 |                    |                    |
| 住所      | 〒                      |                     |                 |                    |                    |
| 身長      | .          cm          | 医師<br>検診<br>・<br>問診 | 内科検診            |                    |                    |
| 体重      | .          kg          |                     |                 |                    |                    |
| BMI     |                        |                     | 皮膚疾患            | 無 ・ 有 (          ) |                    |
| 視力      | 右                      |                     | 矯正 (          ) | 眼疾                 | 無 ・ 有 (          ) |
|         | 左                      |                     | 矯正 (          ) | 聴力(会話法)            | 正 ・ 右難 ・ 左難        |
| 血圧      |                        |                     | 耳鼻咽喉頭疾患         | 無 ・ 有 (          ) |                    |
| 検尿      | 蛋白(   ) 糖(   ) 潜血(   ) |                     | その他疾病<br>及び異常   | 無 ・ 有 (          ) |                    |
| 胸部レントゲン | 撮影日                    |                     | 年 月 日           | 既往歴                |                    |
|         | No                     |                     |                 | 現病歴                |                    |
|         | 所見〔直接・間接〕              |                     |                 | 備考                 |                    |

上記のとおり診断します。

年 月 日

住所

医療機関

医師名

印

阪南大学

“※他所で受診した場合、健康診断証明書の発行については内科校医面談が必要となります。  
日程については保健室にて確認してください。