

2024年度 多摩大学学生健康診断票

※太枠内(以下内容(個人情報・問診内容))を自宅で記入してください。

学籍番号		氏名		性別	男・女
学年		生年月日 (西暦)	年 月 日 (才)		

【問診内容】 当日の体調・各問に必ず○をつけてください。「有」を選択した方は、内容も記入してください。

当日の体調 <small>※当日朝検温をしてください。</small>	<ul style="list-style-type: none">● 体温 (_____ °C)● 症状 (咳・鼻水・頭痛・喉の痛み・腹痛・嘔吐・下痢・その他 _____)
現病歴	<ul style="list-style-type: none">● 現在定期的に治療している病気、経過観察中の病気の有無 無・有(病名: _____ 薬: _____)
既往歴	<ul style="list-style-type: none">● 今までの大きな怪我や病気、慢性疾患、ここ1年間にあった病気の有無 無・有(_____)
喫煙状況	<ul style="list-style-type: none">● 喫煙習慣の有無 無・有(_____ 歳から、1日 _____ 本)
飲酒状況	<ul style="list-style-type: none">● 飲酒習慣の有無 無・有(毎日・週4,5回・週2,3回・月1,2回・その他(_____))
その他	<ul style="list-style-type: none">● 身体や健康、心の問題について相談希望の有無 ※内容によっては、確認のため T-NEXT にて保健担当より呼び出します。 無・有(内容: _____)

【健康診断】 ※以下の項目は大学記入

項目	検査値	サイン	項目	検査値	サイン
身長	. cm		尿検査	蛋白 () ()	
体重	. Kg			糖 () ()	
血圧	1回目 /			潜血 () ()	
	2回目 /		年 月 日		
視力	右 . (.)		No,		
	左 . (.)		11. 異常なし 12. 放置可 13. 経過観察 14. 要精密検査/要医療 所見詳細:		
内科診察	11. 異常なし 13. 経過観察 14. 要精密検査/要医療 所見詳細:		胸部レントゲン検査 (X線撮影)		
			実施日	4日・5日	
			受付		
			回収		
備考					

*必ず受付を行い、全項目受診後、回収場所(アリーナ)へ提出してください。

全ての項目を受診していない場合、「健康診断証明書」は発行されません。