大学院前期·後期、一貫課程 | 年次生 (2025年度生) 用 専門職 | 年次生 (2025年度生) 用

For 1st year Graduate students in master,

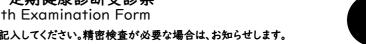
Ph.D.courses,Five-year Doctoral Program(2025) For 1st year Law school and Business school(2025)

貴重品は常に手元に保管してください。Please keep your valuables with you.

※この用紙は必ず A4サイズ で印刷してください

Be sure to print this form by A4 size.

2025年度 定期健康診断受診票 2025 Health Examination Form



院 1

太枠内と健康調査を記入してください。学生IDは学生証を見て正確に記入してください。精密検査が必要な場合は、お知らせします。

Be sure to fill in the heavy outline and Medical History. Also, be sure to verify your student ID No. on your student ID card. Those in need of a close examination will be individually notified.

保健センターにおける個人情報取扱いについて

身長

Height

体重

Weight

保健センターでは記載いただいた個人情報および健康診断の結果を以下の目的のみ利用いたします。I)受診されたみなさまの健康管理を行うため 2)保健センターの事務を適切に行うため 3)検査業務など外部への業務委託のため

Handling of Personal Information at the Health Center

The Health Center will use personal information and the results of medical examinations only for the following purposes. I) To manage the health of persons who have undergone medical examinations. 2) To properly carry out the administrative duties of the Health Center. 3) To outsourcing of operations for sample testing, etc. to external business entities

undergone medical examinations. 2) to properly carry out the daministrative auties of the Health Center. 3) to outsourcing of operations for sample testing, etc. to external business entities.														iui					
学生 Studen	EID t ID No.												携帯電話番号 (mobile phone)						
フリガナ													生年月日 (Date of Birth) Y/M/D						
■ 氏名												西暦		年	月	E	3		
(Name)													男 M	ale		女 Femal	е		
喫煙	喫煙状況 Tobacco use □ 1. 吸う Current □ 2. 止めた F													,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,					
	<健康調査 Medical History >																		
これまで	これまで下記の病気にかかったことがありますか?Have you had the following? ➡ 〔 いいえ No / はい Yes 〕																		
	「はい」の場合は、該当する病名コード番号を下記の欄に記入してください。																		
また、その病気にかかった年齢、そのために手術を受けたか、現在の状態についても記入してください。3つまで記入できます。 If you growned "You" places extensive seds number that corresponds to the disagree below.																			
If you answered "Yes" , please enter the code number that corresponds to the disease below. Then enter the age you were when you contracted the disease, and indicate whether you underwent surgery or not and the current status of																			
that disease. Up to three different entries are possible. Code No. 病名 Disease, etc. Code No. Code																			
	天性心臓				ies of hed			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						425 糖尿病 Diabetes Mellitus					
		he heart	_		胸膜炎 Pleuritis 500 肝臓疾患 Live														
653 不整脈 Arrhythmia								自然気胸 Spontaneous pneumothorax 551 てんかん Epil											
654 心肥大 Cardiac hypertrophy							03 慢性腎炎 Chronic nephritis						554 精神病 Mental illness						
656 川崎病 Kawasaki disease							28	高血圧 High blood pressure						555 神経症 neurosus					
699 その他心臓疾患 Other heart diseases							79	その他腎疾患 Other renal diseases 620 膠原病 Collagen dis								en diseas	se		
()																			
	コード番号 かかった時の: Code No. Age when cont						racted Did you have surgery?					現在の状態 Current status							
				→			→	I.有 Yes	2.無 No	→	1.治療中 Undergo treatme	_	2.治った Recovered		3.放置 Untreated		ji		
記入欄 Please fill in this area.				→			→	I.有 Yes	2.無 No	→	Undergo	I.治療中 Undergoing treatment		2.治った Recovered		3.放置 Untreated			
		→			→		I.有 Yes			Undergo	I.治療中 Undergoing treatment		2.治った Recovered		3.放置 Untreated				
記入不要 No need to fill out.																			
		-									裸 眼	0	l.右メ			右コンタクト			
尿検査 No. Urinalysis								祷	視力		naided eye	K	ght w/ glasses		Right w/ contacts				
後日 □									Vision		左裸眼 Left unaided eye L		I. 左メガネ Left w/ glasses		2. 左コンタクト Left w/ contacts				
											· ——								

※視力検査は裸眼、メガネ、コンタクトのうち一つを測定します。コンタクト使用の方は係員に伝えてください。

心電図 No. ECG

胸部X線 No.

Chest X-ray

film

cm

kg