

学部4年次生以上(2022年度以前生)用  
大学院前期・後期・一貫課程2年次生以上(2024年度以前生)用  
専門職2年次生以上(2024年度以前生)用

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.

For 4th year and above(Before 2022) undergraduate students  
Graduate students in master,Ph.D.courses,Five-year Doctoral Program(Before 2024)  
Law school and Business School(Before 2024)

学4

院  
2

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

太枠内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. 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

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。1) 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. 1) 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.

学生ID Student ID No.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	携帯電話番号 (mobile phone) <input type="text"/>
フリガナ 氏名 (Name)	8桁の方は右詰で記入してください <input type="text"/>	生年月日 (Date of Birth) Y/M/D 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
喫煙状況 Tobacco use	<input type="checkbox"/> 1. 吸う Current	<input type="checkbox"/> 2. 止めた Former <input type="checkbox"/> 3. 吸わない Never

※視力検査は裸眼、メガネ、コンタクトのうち1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。

Notes: The eye test measures your eyesight either with the unaided eye, with glasses or with contacts.  
Please inform the examiner if you wear contacts.

学部4年次生以上 2022年度以前生用  
大学院・一貫制・専門職2年次生以上 2024年度以前生用

記入不要 No need to fill out.

身長 Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	視力 Vision	右 裸 眼 Right unaided eye	1. 右メガネ Right w/ glasses	2. 右コンタクト Right w/ contacts
			<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
体重 Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	胸部X線 No. Chest X-ray film	左 裸 眼 Left unaided eye	1. 左メガネ Left w/ glasses	2. 左コンタクト Left w/ contacts
			<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>