

※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.

2026年度 定期健康診断受診票
2026 Health Examination Form

学2

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.	1 1 2 5	携帯電話番号 (mobile phone)
フリガナ 氏名 (Name)		生年月日 (Date of Birth) Y/M/D 西暦 年 月 日 ☐ 男 Male ☐ 女 Female
喫煙状況 Tobacco use	☐ 1. 吸う Current ☐ 2. 止めた Former ☐ 3. 吸わない Never	

生活調査 Life style questionnaire / 健康調査 Health questionnaire

生活・健康調査のウェブでの回答がお済みの方は ☒ チェックしてください。 まだの方は右のQRコードから回答してください。 Please check the box on the right if you have already completed the Life and Health Survey online.If you haven't yet, please answer with the QR code.	☐ 回答済み answered	 https://forms.office.com/r/F7W5BvcLE6?origin=iprLink 生活調査/健康調査
--	---	---

健康相談 Health consultation

現在気になる症状があり、医師に相談したいことがありますか？ ある場合は、具体的に内容を記入してください。 Do you have some symptom(s) and something to ask to the doctor? If yes, describe your symptom(s) in detail.	医師 サイン
---	-----------

記入不要 No need to fill out.

身長
Height . cm

体重
Weight . kg

胸部X線 No.
Chest X-ray film