

受診日 年 月 日

和光大学 2021年度健康診断受診票

学籍番号		氏名 (フリガナ)			生年月日	
身長		体重		血压	胸部検査	フィルムNo
					<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 経過観察
					<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 受診(主治医相談)
視力	裸眼	矯正	尿蛋白	(<input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> ±・ <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> ++)		胸部検査所見
右			尿潜血	(<input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> ±・ <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> ++)		
左			尿糖	(<input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> ±・ <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> ++)		
内科診察			内科所見			
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察						
<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 受診(主治医相談)						
総合判定		該 当 項 目	<input type="checkbox"/> 血压 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 胸部検査 <input type="checkbox"/> 現病歴 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 尿検査未検 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿潜血 <input type="checkbox"/> 尿糖 その他 ()			
<input type="checkbox"/> 要検査・受診等 →						
<input type="checkbox"/> 異常なし・経過観察						

健康診断証明書発行可

医師名 _____ 印 _____

年 月 日

請求書

和光大学 御中

神奈川県川崎市麻生区細山2-8-7

百合ヶ丘すみれクリニック

松 浦 健 太 郎 印

健康診断料として、以下のとおりご請求申し上げます。

記

金額 2000円(税込)

振込口座

八十二銀行 御代田支店

普398098 あおい会 百合ヶ丘すみれクリニック

(振込手数料は貴学にてご負担をお願いします。)

お問い合わせ先

百合ヶ丘すみれクリニック

TEL 044-966-2538

FAX 044-966-2238

日 付	入 力	確 認
/		