

受診日 年 月 日

和光大学 2022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 <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) | | | 内科所見 | | | |
| 総合判定 <input type="checkbox"/> 要検査・受診等 → <input type="checkbox"/> 異常なし・経過観察 | | 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 () | | | |

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 |
| / | | |