

和光大学 2020年度健康診断受診票（資格課程その他）

学籍番号		氏名			生年月日	
現病歴(持病) について 前回健診後に、新たに長期通院や入院が必要な大きなけがや病気になりましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 病名（ ）						
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（ ）			

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368749 松浦 健太郎

(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