

ご自分の学部等を選んでください

- 人文社会科学部 理工学部 医学部医学科
教育学部 農学生命科学部 医学部保健学科・心理支援科学科

回答いただいた個人情報は、本学個人情報管理規程に基づき適正に管理します

新入生問診票

※太枠内は学生個人で事前に記入すること

学籍番号			
健康診断受検日	2024年	月	日
(ふりがな)	男 M	生年月日 西暦	Date of birth
氏名 Name	女 F	年	月 日
下記の質問にお答え下さい。「はい」の場合は()に詳しくご記入下さい。			
1. 現在、治療中の病気はありますか？ いいえ・はい(病名/)			
2. 現在、治療はしていないが経過観察中の病気はありますか？ いいえ・はい(病名/)			
3. これまでに、入院されたことがありますか？ いいえ・はい(病名/)			
4. 心臓の病気を指摘されたことがありますか？ いいえ・はい(病名/)			
5. 目の症状、耳の症状、鼻の症状、喉の症状、皮膚の症状で気になる症状はありますか？ (1. 2に挙げたものは除く) いいえ・はい(症状/)			
6. 現在、自分の体や体調で心配なことがありますか？ いいえ・はい()			

※内科診察医記載欄

診察所見で「その他」を選んだ場合はこちらに記入してください。

健康診断受付時間 13:30~15:30

事前予約し、予約時間に来て下さい



予約サイト

健康診断受付場所 保健管理センター分室(本町キャンパス)



保健管理センター分室(Map)



保健管理センターHP