

## 健康調査票

本人記入		氏名(フリガナ)		性別		受診日(西暦)		20		年		月		日			
				<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		(西暦)				年		月		日生		満年齢	
																歳	

## 受験生の皆さんへ

- 「健康調査票」は全項目の検査が可能な最寄りの医療機関(東海大学医学部の全付属病院以外)において、2023年10月1日以降に受診し、本学所定の「健康調査票」に証明を受けたものを第一次選考出願時に提出してください。医療機関によっては、曜日等の指定を行っている場合がありますので、受診前に問い合わせをしてください。また、検査費用は自己負担となります。
- 検査前の3日間は過度な食事や運動を控えてください。
- 検査当日は、なるべく空腹時に受診してください。
- 「既往歴」をもれなく、正確に記入のうえ、医療機関に提出してください。  
なお、正確に記入しなかった場合は、入学後にライセンスを取得できない可能性があります。
- 「健康調査票」は、医療機関の封筒に厳封してもらおうよう依頼してください。医療機関で**厳封されていないものや開封されたものは無効**となります。
- コンタクトレンズを装着している受験生は、**検査前日から取りはずし**、常用の眼鏡を持参して受診してください。


本人記入	既往歴等 各項目毎に該当の有無を○印で記入すること。既往歴が有る場合は、具体例も記入すること。 なお、 <b>過去5年以内または現在該当している場合には「5年以内」の欄にも○印を記入</b> すること。																	
	病名等			有	5年以内	無	病名等			有	5年以内	無	病名等			有	5年以内	無
	頻繁又は強度の頭痛						肺の疾患						アルコールの常用					
	ふらつき又はめまい						胸痛、胸部圧迫感又は動悸						自殺を企てたこと					
	失神又は意識の障害						高血圧						治療を必要とする乗物酔					
	てんかん又は発作						胃腸疾患						直腸・肛門の疾患(痔等)					
	頭部外傷又は脳震盪						肝臓・肝道系疾患(肝炎・胆石を含む)						関節、背部又は腰部の痛み					
	眼の疾患						糖尿病(尿糖陽性を含む)						外傷					
	耳又は鼻の疾患						腎臓病(蛋白尿を含む)						今までに入院したことがある					
	喘息又は他のアレルギー						精神又は神経系の疾患						治療薬の使用を勧められている					
心臓の疾患						睡眠薬又は他の医薬品の常用						その他の既往歴等						
既往歴等の具体例 (既往歴等が「有」に○印を記入した場合は、必ず記入してください。)																		
※病名や通院(入院)、治療(手術)の状況について、具体的に記入してください(年月日等を含む)。 また、完治しているか、治療中かについても明記してください。 <b>現在、薬を服用している場合や、時期によって花粉症等の薬を服用している場合も、薬品名や服用時期を必ず記入してください。</b>																		
該当するものがあればできるだけ詳細に記入してください。															年 月			
過去の航空身体検査における不適合又は国土交通大臣による判定															(西暦)			
															年 月			
その他の参考事項															(西暦)			
															年 月			

健康調査項目 MEDICAL CERTIFICATE

○医療機関へのお願い

全項目の検査結果が必要となりますので、すべての項目について記載されているかご確認いただいたうえで、厳封してください。

本人記入	氏名 (フリガナ)
------	-----------

身長 Body Height	cm	検尿 Urinalysis		胸部レントゲン Chest x-p	「安静時心電図」と「運動負荷心電図」の両方を検査し、検査結果とそれぞれの所見を必ず記入してください。	
体重 Body Weight	kg	蛋白 Protein	( )	検査結果と所見を記入してください。  ( 月 日)		
BMI		糖 Glucose	( )	安静時心電図 ECG at rest  ( 月 日)		
血圧 Blood Pressure	座位 Sit	潜血 Blood	( )		運動負荷心電図 Exer.ECG  ( 月 日)	
	臥位 Prone	ケトン Ketone	( )			
	立位 Stand	脈拍 Pulse				
血液検査 Blood & Chemical Examination 〔「正常範囲」と「単位」についても必ず記入してください〕						
	結果 Result	正常範囲 Normal Range	単位 Unit	結果 Result	正常範囲 Normal Range	単位 Unit
AST				FBS		
ALT				T.Chol		
ALP				T.G		
γ-GTP				WBC		
T.Bil				RBC		
T.Prot				Hb		
A/G				Ht		
Cr				Plt		
BUN				血液型 Blood Type	A B O AB	
U.A					Rh ( + - )	
視力	裸眼視力	常用眼鏡の矯正視力 (コンタクトレンズを除く) 〔各眼の裸眼視力が1.0以上の場合は測定不要〕	常用眼鏡のレンズの屈折度(D)計 〔等価球面度数により算出し必ず記入してください〕	呼吸機能検査 (スパイロメトリー) Pulmonary Function Test (Spirometry)		
右				VC	ml	% VC %
左				1秒量 FEV	ml	1秒率 FEV1.0% %

上記のとおり診断したことを証明する。  
I certify that the above information is correct.

年 月 日  
Date (Y/M/D)

医療機関名  
Name of Medical Institution

所在地  
Address

医師氏名  
Signature Dr.

印

※東海大学記入欄	※1	※2
----------	----	----

※印の欄は記入不要です。