

健康調査票

		受診日 (西暦)		
		20 年 月 日		
本人記入	氏名 (フリガナ)	性別	<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、2024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。


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、 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
本人記入	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			
	記入	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。 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。											
	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。