

健康調査票 (東海大学工学部航空宇宙学科航空操縦学専攻)

本人記入	受診日	2021 年 月 日		整理番号 (記入不要)	_____	
	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医療機関(東海大学医学部の全付属病院以外)**で検査し、証明を受けてください。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。
- 検査日当日は、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」を医療機関より受領の際、厳封されているか必ず確認してください。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方は検査日前日から取り外し、常用の眼鏡を持参して受診してください。

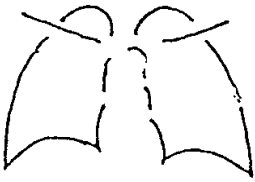
本人記入	既往歴等 各項目毎に該当の有無を○印で記入すること。既往歴が有る場合は、具体例も記入すること。 なお、過去5年以内または現在該当している場合には「5年以内」の欄にも○印を記入すること。											
	病名等	有	5年以内	無	病名等	有	5年以内	無	病名等	有	5年以内	無
	頻繁又は強度の頭痛				肺の疾患				アルコールの常用			
	ふらつき又はめまい				胸痛、胸部圧迫感又は動悸				自殺を企てたこと			
	失神又は意識の障害				高血圧				治療を必要とする乗物酔			
	てんかん又は発作				胃腸疾患				直腸・肛門の疾患(痔等)			
	頭部外傷又は脳震盪				肝臓・胆道系疾患(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

整理番号
(記入不要)

○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。 安静時心電図 ECG at rest (月 日)  運動負荷心電図 Exer.ECG (月 日) 下記のいずれか1つの負荷試験を検査し、項目を○で囲んでください。 [トレッドミル負荷試験 エルゴメーター負荷試験 マスター2階段負荷試験]
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	()		
血圧 Blood Pressure	座位 Sit	潜血 Blood	()		
	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. 2021 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.					
※東海大学記入欄		※1		※2	

※印の欄は記入不要です。