健康診断書　ヤマハ管楽器テクニカルアカデミー　　受診日:　　年　　月　　日

氏名		（生年月日　　年　　月　　日）	
住所			
身長　　cm		体重　　kg	現病歴（自覚症状・常用薬等も含む） ・なし ・あり ありの場合は具体的にご記入ください
血圧		／　　mmHg	
視力（ ）内は矯正視力		右　（　　）左　（　　）	
聴力	1000Hz・30dB	右（聴取可・不可）、 左（聴取可・不可）	
	4000Hz・40dB	右（聴取可・不可）、 左（聴取可・不可）	
血液検査	GOT (AST)	(U/L)	
	GPT (ALT)	(U/L)	
	γ-GTP	(U/L)	
	LDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	(mg/dL)	
	中性脂肪	(mg/dL)	
	HDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	(mg/dL)	既往歴(各種ヘルニア、腱鞘炎なども含む) ・なし ・あり ありの場合は具体的にご記入ください
	ｸﾚｱﾁﾆﾝ	(mg/dL)	
	尿酸	(mg/dL)	
	空腹時血糖	(mg/dL)	
	HbA1c	(%)	
	白血球数	(/μL)	
	赤血球数	($\times 10^4$/μL)	
	血色素	(g/dL)	
	ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ	(%)	
	血小板数	($\times 10^4$/μL)	
アレルギー	食物等　なし ・ あり（　　）		
	金属　なし ・ あり（　　）		
総合所見			

上記のとおり証明する。

年　　月　　日　所在地

医療機関名

医師名　　印

医療機関でこの用紙に記入し証明を受けた場合の費用は個人で負担願います。
医師の証明後、3か月以内を有効といたします。
個人情報の取り扱い…取得目的の範囲内で利用し、目的以外の利用はいたしません。