

健康診断個人票 (一般検査用)										整理番号			
氏名				男	手帳番号		居住地						
				女									
	M・T・S (歳)												
被爆地	町 (km)	20.8. (町)	入市	法区1条分	1号・2号 3号・4号	被爆状況	屋内 (木造・石造・コンクリート) 屋外 (遮蔽の有無)						
既往症	被爆時前の既往歴												
	被爆直後の行動 (おおむね3週間以内)												
	原爆によると思われる急性症状 (おおむね6か月以内)			貧血	有・無	熱傷	有・無	下痢	有・無	脱毛	有・無	発熱	有・無
				外傷	有・無	皮膚粘膜の出血		有・無	急性症状の持続期間		約 か月		
慢性症状	原爆によると思われる慢性症状			貧血	有・無	めまい	有・無	疲労感	有・無	筋痛	有・無	衰弱感	有・無
				ケロイド	有・無	その他							
現症 (臨床病理学的検査)	令和 年 月 日				(理学的検査)								
	白血球数												/mm ³
	赤血球数												×10 ⁴ /mm ³
	ヘモグロビン												g/dℓ
	ヘマトクリット												%
	ヘモグロビンA1c												%
	肝臓機能検査		AST										ALT
			γ-GTP			IU/ℓ							
CRP				mg/dℓ									
尿検査	蛋白		陽性・陰性		特に記すべき医師の意見								
	糖		陽性・陰性										
	ウロビリノーゲン		増加・正常・減少										
	潜血		陽性・陰性		判定	異常を認めず・要精密検査・医療中							
血圧値		最大			担当機関			担当医師					
		最小											

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。