

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			
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
C R P				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										
血圧値	最大				mmHg	判定	異常を認めず・要精密検査・医療中					
	最小						mmHg	担当機関	担当医師			

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。