

健康診断個人票 (一般検査用)										整理番号		
氏名	M・T・S (歳)			男	手帳番号							
				女	居住地							
被爆地	町 ( km)	20.8.	入市 (町)	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 <sup>3</sup>						
	赤血球数					×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>						
	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				判定	異常を認めず・要精密検査・医療中						
	最小					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。