

健康診断個人票 (一般検査用)

医療機関コード

No. _____

手帳番号

問 診 票

(面接年月日 令和 年 月 日)

フリガナ 氏 名 M・T・S (才)		男・女	現住所 広島市 区 町 丁目 番 号	
被爆地 (km)	町 (町)	20・8・入市 (町)	法1条区分 1号・2号 3号・4号	被爆状況 屋内 屋外 (木造・石造・コンクリート) (遮蔽の有・無)
既 往 歴	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
	原爆によると思われる慢性症状	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
既 往 歴	貧血 有・無	めまい 有・無	疲労感 有・無	筋痛 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 蛋 白	陽性・陰性		
尿 糖	陽性・陰性			
尿 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		
	最小	mmHg		
特に記すべき		判定	異常認めず	要精密検査
医師の意見		実施機関	担当医師	

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けたり、又は仕事を休んで寝込んだことがありましたか？

ない。 ある。—— 医師の診察を受けましたか。 受けない。 受けた。

II 今の体の調子についてお尋ねします。

- 1 突然胸の奥が締めつけられるように苦しくなることがありますか？ — ない。 ある。
 - 2 動悸・息切れがして気分が悪くなることがありますか？ ———— ない。 ある。
 - 3 手足が震えたり、体のどこかに感じのにおいところがありますか？ — ない。 ある。
 - 4 せきやたんが最近特に増えましたか？ ———— ふえない。 ふえた。
 - 5 最近食欲はありますか？ ———— ある。 ない。
 - 6 度々腹痛がありますか？ ———— ない。 ある。
 - 7 胸やけがしたり酸っぱい物が口の中へ上がってきたりしますか？ — しない。 する。
 - 8 最近急にやせてきましたか？ ———— やせない。 やせた。
 - 9 仕事が続けられないほど、背中や腰が痛みますか？ ———— 痛まない。 痛む。
- (女性の方は以下の質問に教えてください。)
- 10 最近性器からの出血がありますか？ ———— ない。 ある。
 - 11 最近おりものが多くなりましたか？ ———— いいえ。 多い。
 - 12 乳房を手のひらで押さえると固いしこりがありますか？ ———— ない。 ある。

III 医師に特に相談したいことがありますか？ ———— ない。 ある。