

健康診断個人票 (一般検査用)

No. _____

医療機関コード _____

手帳番号					
------	--	--	--	--	--

フリガナ 氏名 M・T・S (才)		男 女	現住所 広島市 区 町 丁目 番地 番号				
被爆地 (km)	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 (木造・石造・コンクリート)	屋外 (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	脱毛 有・無	発熱 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	めまい 有・無	疲労感 有・無	筋痛 有・無
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	IU/l		
	CRP		mg/dl		特に記すべき 医師の意見		
	尿検査	蛋白	陽性・陰性				
		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	異常認めず 要精密検査			
血圧値	最大	mmHg	実施機関	担当医師			
	最小	mmHg					

問 診 票

(面接年月日 令和 年 月 日)

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。