

## 被爆者一般健康診断成績票

手帳番号 (7ケタ)		ふりがな	
		氏名	
住所			
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	性別 男・女
検査年月日	年 月 日		<b>&lt;判定&gt;</b> いずれかの項目に○印をつけてください。  異常なし 経過観察 治療中 ( )  要精密検査 ( )  その他 ( )  指示事項
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(Hb)		g/dℓ	
ヘマトクリット(Ht)		%	
ヘモグロビンA1c		%	
肝臓機能検査	A S T		
	A L T		IU/ℓ
	γ-G T P		IU/ℓ
	C R P		mg/dℓ
尿検査	蛋白質	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	
血圧値		最大	mmHg
		最小	mmHg
医療機関名			