

健康診断個人票（春・一般検査用）

手帳番号		性別	男・女	生年月日	年 月 日		
ふりがな		住所					
氏名							
既往歴							
現 症	検査年月日	年 月 日					
	理学的検査						
	臨床病理学的検査	白血球数	/mm ³				
		赤血球数	×10 ⁶ /mm ³				
		ヘモグロビン (Hb)	g/dℓ				
		ヘマトクリット (Ht)	%				
		ヘモグロビン1c	%				
		肝機能検査	AST	IU/ℓ	ALT	IU/ℓ	
			γ-GTP	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				
判定	異常なし・経過観察・要精密検査						
判定年月日							
受診者への伝達事項							
担当機関名							
担当医師氏名							

(被爆者二世健診用)

◎医療機関へのお願い
 別添「被爆者二世健康診断についてのお願い」に記載の要領を御確認のうえ、御記入いただきますようお願いいたします。記入もれに御注意ください。
 複写3枚すべてを県へ提出してください。御本人への通知は県から行います。
 医療機関控は、必要に応じて本紙のコピーを取ってください。