

# 問 診 票

実施年月日

令和 年 月 日

手帳番号   男  女 生年月日  年 月 日

ふりがな		住所	
氏名			

## I 親の被爆状況について

被爆地

- 父親被爆 {  広島  長崎
- 母親被爆 {  広島  長崎

## II 体のどこかに調子の悪いところがありますか？

0.  ない
1.  全身がだるい
2.  頭痛がする
3.  食欲がない  嘔気がある  便秘  下痢  胃痛  腹痛
4.  咳が止まらない  痰が出る
5.  息切れする  胸痛
6.  肩こり  筋肉痛  腰痛
7.  出血しやすい（鼻血、歯ぐき、性器）
8.  その他（ ）

## III 特に相談したいことがありますか？

- 自分の体に関する事
- 遺伝的影響に関する事
- その他

担当者氏名

(被爆者二世健診用)