

(医療機関控)

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		<判定> 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 ()
白血球数		/mm ³	
赤血球数		×10 ⁴ /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A1c		%	
肝臓機能検査	A S T	IU/ℓ	
	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	指示事項
	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			

◎医療機関へのごお願い

別添「被爆者一般健康診断についてのごお願い」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。

医療機関控を除く3枚を県へ提出してください。

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		<p><判定> いずれかの項目に○印をつけてください。</p> <p>異常なし</p> <p>経過観察</p> <p>治療中 ()</p> <p>要精密検査 ()</p> <p>その他 ()</p>		
白血球数				/mm ³	
赤血球数				×10 ⁴ /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A1c				%	
肝臓機能検査	A S T			IU/ℓ	
	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		指示事項	
	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					

(本人送付用)

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	<判定> 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 ()
白血球数					/mm ³	
赤血球数					×10 ⁴ /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A1c					%	
肝臓機能検査	A S T			IU/ℓ		
	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						

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		<p><判定> いずれかの項目に○印をつけてください。</p> <p>異常なし</p> <p>経過観察</p> <p>治療中 ()</p> <p>要精密検査 ()</p> <p>その他 ()</p>	
白血球数				/mm ³
赤血球数				×10 ⁴ /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A1c				%
肝臓機能検査	A S T			IU/ℓ
	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				