

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 歳

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)

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 歳

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)