

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	
-------------	--

検 査 年月日	年 月 日
------------	-------

理学的 検 査	
------------	--

現 在 症	臨 床 病 理 学 的 検 査	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	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。

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							
氏名	住所						
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 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							

（受診者本人通知用）

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							
氏名	住 所						
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 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）