

## 問 診 票

実施年月日

平成 年 月 日

整理番号

 男  
 女

生年月日

昭和 年 月 日 歳

氏名

住所

## 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  嘔気がする  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

見本 3枚複写

担当医 様

下から2段目の「特に記すべき医師の意見」欄は、受診者通知用（2枚目）に複写されませんので、ご注意ください。

健康診断個人票 **一般検査用**

整理番号		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
フリガナ 氏名	住所								
既往 歴									
現 症 的 検 査	検査 年月日								
	理学的 検査								
	臨 床 病 理 学 的 検 査	白血球数							/mm <sup>3</sup>
		赤血球数							×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
		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						
		C R P							mg/dl
		血清蛋白分画検査 (多発性骨髄腫検査)	総蛋白			g/dl	A/G		
			アルブミン			%	α <sub>1</sub> グロブリン	%	
			α <sub>2</sub> グロブリン			%	βグロブリン	%	
			γグロブリン			%	M成分		
			備考						
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									
担当機関名									
受診者への伝達事項									
特に記すべき医師の意見									
担当医師氏名									

見本 3枚複写

担当医 様

下から2段目の「特に記すべき医師の意見」欄は、受診者通知用（2枚目）に複写されませんので、ご注意ください。

検査科目		健康診断個人票 (精密検査用)					
内	整理番号		性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日	
	一般検査整理番号					平成 年 月 日	
整	フリガナ氏名		住所				
眼	既往歴						
その他							
現	現症	(理学的検査)					
現	(臨床病理学的検査)						
		検査年月日	年月日	検査年月日	年月日		
		白血球数	/mm <sup>3</sup>	白血球百分比 (%)			
		赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	好中球			
		ヘモグロビン (Hb)	g/dℓ	① 桿状核			
		ヘマトクリット (Ht)	%	② 分葉核			
		網状赤血球数	%	好酸球			
		血小板数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	好塩基球			
		ヘモグロビンA1c	%	単球			
		A S T	IU/ℓ	リンパ球 (大小)			
		A L T	IU/ℓ	リンパ芽球			
		γ-G T P	IU/ℓ	後骨髄球			
		C R P	mg/dℓ	骨髄球			
	症	尿検査	混濁		前骨髄球		
			蛋白		骨髄芽球		
糖				形質細胞			
ウロビリノーゲン							
潜血							
	(その他の検査)						
判	判定年月日	年月日					
	異常の有無及び異常があるときは、その症状又は診断名	有 ( ) ・ 無					
定	治療の要否	要 ( 入院・入院外 ) ・ 否					
	担当機関名						
	受診者への伝達事項						
	特に記すべき医師の意見						
	担当医師氏名	印					