様式第３２号

整理番号

健 康 診 断 （書）

（精密検査用）

検査科目	ふりがな 氏　名		性別	男・女	生年月日	明治 大正　年　月　日 昭和	被爆者健康手帳番号	
内	居　住　地	奈良県　　市 郡						
外	被爆時の事情	被爆地	爆心地から約　　キロメートル				法第１条による区分	第1号・第2号 第3号・第4号
眼	被爆時の事情	第１号該当者の被爆の状況	屋　内	木造 ・ コンクリート ・ 石造		屋　外	遮蔽の　有 ・ 無	
その他	被爆時の事情	被爆直後の行動（おおむね３週間以内）						
	既往症							

現症

（理学的検査）

		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
赤　沈　値		ミリメートル	ミリメートル	白血球百分率(%)		
血色素量（ザーリー）		%	%	好　中　球		
色素係数				△①桿状核		
赤血球数		万	万	△②分葉核		
網状血球数		%	%	好　酸　球		
白血球数				好　塩　球		
血小板数		万	万	単　　球		
				淋巴球（大小）		
				淋巴芽球		
尿検査	混　濁			後骨髄球		
	蛋　白			好中性骨髄球		
	糖			好歳性骨髄球		
	ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ			好塩性骨髄球		
				前骨髄球		
糞便検査				骨髄芽球		
				プラズマ細胞		

（その他の検査）

判定

	年　月　日	特に記すべき医師の意見	
原爆による異常の有・無並びにあるとすれば、その症状又は診断名及び原爆による異状とする判定の根拠	有・無	実施場所	
		担当機関名	
治療の要否	要（入院）（通院）・否	担当医師名	印