

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 昭和	年	月	日	被爆者 健康手帳 番 号			
内	居 住 地	奈良県 市 郡										
外	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	被爆直後の行動 (おおむね3週 間以内)	-----										
既往症												
(理学的検査)												
現 症												
			年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日	(その他の検査)			
	赤 沈 値		mm/15分	mm/15分	白血球百分率(%)							
	血 色 素 量 (サラー)		%	%	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							
					リンパ球(大小)							
					リンパ芽球							
	尿 検 査	混濁			後 骨 髄 球							
		蛋 白			好中性骨髄球							
		糖			好歳性骨髄球							
		ウベリナーゼン			好塩性骨髄球							
	糞 便 検 査				前 骨 髄 球							
				骨 髄 芽 球								
				プ ラ ズ マ 細 胞								
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					
	治 療 の 要 否				要 (入院) ・ 否 (通院)		担 当 機 関 名					
						担 当 医 師 名						