

別記様式1
(認定申請用)

整理番号										健康診断個人票									
検査科目	ふりがな					性別	男・女	生年月日	明治 年 月 日			被爆者健康手帳番号							
	氏名								大正 昭和										
内	居住地					宮城県 市 町 郡 村 番地													
	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		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							
既往歴																			
	現	(理学的検査)																	
症		(臨床病理学的検査)										(その他の検査)							
	血液学的検査	年月日					血液学的検査(白血球百分比)	年月日					年月日						
赤血球数		万/mm ³			好中球 桿状核 分葉核														
白血球数		/mm ³																	
赤血球沈降速度		1時間値 mm				好酸球													
ヘモグロビン		g/dl				好塩基球													
ヘマトクリット		%				単球													
網状赤血球数		%				リンパ球													
血小板数		万/mm ³				リンパ芽球													
						後骨髄球													
血液生化学検査	GOT					(%)	前骨髄球												
	GPT						骨髄芽球												
ZTT					形質細胞														
ALP					混濁														
					蛋白														
					糖														
					ウロビリノーゲン														
血圧値		最大 最小			mmHg mmHg		潜血												
判定	令和 年 月 日					特に記すべき医師の意見													
	異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名					有・無					実施場所								
	治療の要否					(入院) 要・否 (通院)					実施機関名								
											担当医師氏名								