

公費負担者番号							
公費負担医療の 受給者番号							

(手帳番号)

被爆者健康手帳

氏名

公費負担者番号							
公費負担医療の 受給者番号							

都道府県知
事(市長)印

都道府県(市)

ふりがな 氏名		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日生
被爆時の 年齢	満 歳					
居住地 (現在地)	都道 府県	区市 郡	町 村	番地		
交付 年月日	令和 年 月 日					

法第1条による区分	第1号 ・ 第2号 ・ 第3号 ・ 第4号
被爆の場所	市 町 郡 村 爆心地から ・ キロメートル
被爆直後の行動 〔おおむね2週間以内〕	
被爆当時の外傷、熱傷の状況	
被爆当時の急性症状 〔おおむね6箇月以内〕	
過去の健康状態とかかった主な傷病名及び時期	

一 般 検 査	検査年月日		年 月 日				年 月 日				
	項目										
	白血球数		/mm ³				/mm ³				
	赤血球数		×10 ⁴ /mm ³				×10 ⁴ /mm ³				
	ヘモグロビン		g/dl				g/dl				
	ヘマトクリット		%				%				
	ヘモグロビンA1c		%				%				
	肝臓機能検査	AST	IU/l	ALT	IU/l	AST	IU/l	ALT	IU/l		
		γ-GTP		IU/l		γ-GTP		IU/l			
	C	R	P	mg/dl				mg/dl			
	尿	蛋白	陽性・陰性				陽性・陰性				
		糖	陽性・陰性				陽性・陰性				
		ウロビリノーゲン	増加・正常・減少				増加・正常・減少				
		潜血	陽性・陰性				陽性・陰性				
	血	圧	値	最大	mmHg	最大	mmHg				
最小			mmHg	最小	mmHg						
判定		異常認めず・要精密検査				異常認めず・要精密検査					
医療機関の名称											
精 密 検 査	検査年月日		年 月 日				年 月 日				
	項目										
	異常の有無		有・無				有・無				
	検査方法の名称 (異常を認めたもの)及び診断名										
治療の要否		要 [入院]・否				要 [入院]・否					
医療機関の名称											

胃 が ん 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一 判 定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検 査	医療機関の名称		
	精 密 検 査	検査年月日	年月日	年月日
	診 査	医療機関の名称		

胃 が ん 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一 判 定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検 査	医療機関の名称		
	精 密 検 査	検査年月日	年月日	年月日
	診 査	医療機関の名称		

肺 が 般 検 査 精 密 診 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検査 医療機関の名称			
	精密 検査年月日	年月日	年月日	年月日
	精密 診検 査 医療機関の名称			

肺 が 般 検 査 精 密 診 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検査 医療機関の名称			
	精密 検査年月日	年月日	年月日	年月日
	精密 診検 査 医療機関の名称			

乳 が 般 検 査 精 密 診 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			

乳 が 般 検 査 精 密 診 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			

子宮がん検査		検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般検査	一 判 定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
			子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施
		医療機関の名称			
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
		医療機関の名称			

子宮がん検査		検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般検査	一 判 定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
			子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施
		医療機関の名称			
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
		医療機関の名称			

大腸がん検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査年月日	年月日	年月日	年月日
	精密検査医療機関の名称			

大腸がん検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査年月日	年月日	年月日	年月日
	精密検査医療機関の名称			

多 発 性 骨 髄 腫 検 診		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 般	判 定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	骨 髄 査	医 療 機 関 の 名 称			
	精 密 査	検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検 査	医 療 機 関 の 名 称			

多 発 性 骨 髄 腫 検 診		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 般	判 定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	骨 髄 査	医 療 機 関 の 名 称			
	精 密 査	検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検 査	医 療 機 関 の 名 称			

治 療

認 定 一 般 の 別	負傷又は疾病の名称	治療期間	入 院 入 院 外 の 別	医療機関の名称

備考 「認定一般の別」の欄には、厚生労働大臣の認定を受けた負傷又は疾病については「認定」と、その他の負傷又は疾病については「一般」と記入すること。

この手帳について

- 1 健康診断を受けるときは、この手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 厚生労働大臣の認定を受けた負傷又は疾病について治療を受けるときは、指定医療機関に認定書と共にこの手帳を提出してください。
- 3 厚生労働大臣の認定を受けていない負傷又は疾病について治療を受けるときは、被爆者一般疾病医療機関にこの手帳を提出してください。社会保険により治療を受けることができる方は、保険証又は組合員証を併せて提出してください。
なお、遺伝性疾病、先天性疾病、軽い虫歯等については、この手帳で治療を受けることはできません。
- 4 緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医療機関又は被爆者一般疾病医療機関以外から医療を受けた後、都道府県知事に医療費の支給を申請することができます。
- 5 住所や氏名が変わったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 6 この手帳は、無くさないように大切にお持ちください。もし、無くしたり、使用できないようになったときは、再交付を申請してください。
- 7 記載すべき余白が無くなったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 8 この手帳は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

(A列6番)

〔注 3ページから10ページまでの各ページについては、必要に応じ、適宜増やして差し支えない。〕