様式第四号(一)(第十一条関係)

<table>
<tr><td colspan="3">整理番号</td><td colspan="8">健康診断個人表(一般検査用)</td></tr>
<tr><td colspan="3">ふりがな
氏名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>明治
大正　年　月　日
昭和</td><td>被爆者健康手帳番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">居住地</td><td colspan="8">都道府県　区市郡　町村　番地</td></tr>
<tr><td rowspan="2">被爆時の事情</td><td>被爆地</td><td colspan="5">爆心地から約　キロメートル</td><td>法第1条による区分</td><td colspan="3">第1号・第2号
第3号・第4号</td></tr>
<tr><td>第1号該当者の被爆の状況</td><td>屋内</td><td colspan="3">木造・コンクリート・石造</td><td>屋外</td><td colspan="4">遮蔽(しやへい)の有・無</td></tr>
<tr><td rowspan="6">既往症</td><td>被爆時前の既往歴</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>被爆直後の行動(おおむね3週間以内)</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">原爆によると思われる急性症状(おおむね6箇月以内)</td><td>貧血</td><td>有・無</td><td>熱傷</td><td>有・無</td><td>下痢</td><td>有・無</td><td>脱毛</td><td>有・無</td><td>発熱</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td>外傷</td><td>有・無</td><td colspan="3">皮膚粘膜の出血</td><td>有・無</td><td>急性症状の持続期間</td><td colspan="2">約　箇月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">原爆によると思われる慢性症状</td><td>貧血</td><td>有・無</td><td>めまい</td><td>有・無</td><td>疲労感</td><td>有・無</td><td>筋痛</td><td>有・無</td><td>衰弱感</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td>ケロイド</td><td>有・無</td><td>その他</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="17">現症</td><td colspan="3"></td><td>令和　年　月　日</td><td>令和　年　月　日</td><td>令和　年　月　日</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">理学的検査</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="15">臨床病理学的検査</td><td colspan="2">白血球数</td><td>／mm³</td><td>／mm³</td><td>／mm³</td><td>／mm³</td></tr>
<tr><td colspan="2">赤血球数</td><td>×10⁴／mm³</td><td>×10⁴／mm³</td><td>×10⁴／mm³</td><td>×10⁴／mm³</td></tr>
<tr><td colspan="2">ヘモグロビン</td><td>g／dl</td><td>g／dl</td><td>g／dl</td><td>g／dl</td></tr>
<tr><td colspan="2">ヘマトクリット</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td></tr>
<tr><td colspan="2">ヘモグロビンA1c</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">肝臓機能検査</td><td>AST　ALT</td><td>AST　ALT</td><td>AST　ALT</td><td>AST　ALT</td></tr>
<tr><td>γ―GTP　IU／1</td><td>γ―GTP　IU／1</td><td>γ―GTP　IU／1</td><td>γ―GTP　IU／1</td></tr>
<tr><td colspan="2">C　R　P</td><td>mg／dl</td><td>mg／dl</td><td>mg／dl</td><td>mg／dl</td></tr>
<tr><td rowspan="4">尿検査</td><td>蛋(たん)白</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td></tr>
<tr><td>糖</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td></tr>
<tr><td>ウロビリノーゲン</td><td>増加・正常・減少</td><td>増加・正常・減少</td><td>増加・正常・減少</td><td>増加・正常・減少</td></tr>
<tr><td>潜血</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td><td>陽性・陰性</td></tr>
<tr><td colspan="2">血圧値</td><td>最大　mmHg
最小　mmHg</td><td>最大　mmHg
最小　mmHg</td><td>最大　mmHg
最小　mmHg</td><td>最大　mmHg
最小　mmHg</td></tr>
<tr><td colspan="4">判定</td><td>異常認めず
要精密検査</td><td>異常認めず
要精密検査</td><td>異常認めず
要精密検査</td><td>異常認めず
要精密検査</td></tr>
<tr><td colspan="4">特に記すべき医師の意見</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">実施場所</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">実施機関名</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">担当医師氏名</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

(A列4番)