

番号

第一種健康診断受診者証

氏 名

第 号

都 道 府 県 (市)

都道府県
知事(市長)
印

ふりがな 氏 名		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日生
原子爆弾 が投下さ れた時の 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			

原子爆弾が 投下された 時の所在地	郡 村
原子爆弾が 投下された 当時の外傷、 熱傷の状況	爆心地から . キロメートル
原子爆弾が 投下された 当時の急性 症状 〔おおむね6 か月以内〕	
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	蛋白質		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 一 般 検 査 精 密 検 査	一 判 定	検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			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
	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
	一 判 定	医療機関の名称			
		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			
		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

胃 が 一 般 検 査 精 密 検 査	一 判 定	検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			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
	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
	一 判 定	医療機関の名称			
		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			
		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

肺 が ん 検 査		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 般 検 査	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
		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			

肺 が ん 検 査		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 般 検 査	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
		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			

乳 が ん 検 査		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
	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
	診 検 査	医療機関の名称			

乳 が ん 検 査		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
	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
	診 検 査	医療機関の名称			

子宮がん検診		検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般	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	子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施
	査	医療機関の名称			
	精	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	密	医療機関の名称			

子宮がん検診		検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般	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	子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施
	査	医療機関の名称			
	精	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	密	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
	一般検査	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	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
	一般検査	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	検査年月日	年月日	年月日	年月日
		医療機関の名称			

多 発 性 骨 髄 腫 瘍 診 査	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
	検査 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
	検査 医療機関の名称			

多 発 性 骨 髄 腫 瘍 診 査	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
	検査 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
	検査 医療機関の名称			

この受診者証について

- 1 健康診断を受けるときは、この受診者証を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 この受診者証では、治療は受けられません。
- 3 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。
- 4 この受診者証は、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。
- 5 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。
- 6 この受診者証は、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9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。〕