

番号 _____

第 二 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		男	明治			
氏 名		・	大正	年	月	日生
		女	昭和			
原子爆弾 が投下さ れた時の 年 齢	満	歳				
居 住 地 (現在地)						
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		
	爆心地から			キロメートル		

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									

この受診者証について

- 1 第二種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下さい。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 2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。]