被爆二世健康記録簿

氏名

滋　賀　県

被爆二世健康記録簿について

- この冊子は、被爆二世健康診断の結果等を記録し、自身の健康管理に役立てることを目的として配布されるものです。
- この冊子は、被爆二世健康診断の結果を４回分記入することができます。
- この冊子を持っていなくても、原爆被爆者二世の方であれば被爆二世健康診断を受診することができます。
- 紛失又は破損、記入欄が足りなくなる等により使用できなくなり、引き続きお使いになりたい場合は、滋賀県健康医療福祉部健康しが推進課にお問い合わせ下さい。
- この冊子では、医療を受けることはできません。

<table>
<tr><td>ふりがな

氏　　名</td><td></td><td>男
・
女</td><td>生　年　月　日

年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住
所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="5">被
爆
し
た
親
に
つ
い
て
※</td><td>氏　名</td><td></td><td>実　父　・　実　母</td></tr>
<tr><td>被爆地</td><td colspan="2">広　島　・　長　崎</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>実　父　・　実　母</td></tr>
<tr><td>被爆地</td><td colspan="2">広　島　・　長　崎</td></tr>
<tr><td colspan="3">※「親の被爆状況等」欄で詳細を記入することも可能です。</td></tr>
<tr><td>既
往
歴
・
現
病
歴</td><td colspan="3">※負傷又は疾病の名称、治療期間、入院・入院外の別、医療機関の名称等を記載してください。</td></tr>
</table>

既往歴・現病歴	※負傷又は疾病の名称、治療期間、入院・入院外の別、医療機関の名称等を記載してください。

既往歴・現病歴	※負傷又は疾病の名称、治療期間、入院・入院外の別、医療機関の名称等を記載してください。

健　康　診　断　結　果　記　録　表　（　一　般　検　査　）

一般検査	検査年月日		年　　月　　日			
	現症	（理学的検査）				
		（臨床病理学的検査）				
		白血球数	/㎣			
		赤血球数	$\times 10^4$/㎣			
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ			
		ヘマトクリット（Ht）	%			
		ヘモグロビンA1c	%			
		肝機能検査	AST	IU/ℓ	ALT	IU/ℓ
			γ－GTP	IU/ℓ		
		CRP	mg/dℓ			
		血清蛋白分画検査（多発性骨髄腫検査）	総蛋白	g/dℓ	A/G	
			アルブミン	%	α_1グロブリン	%
			α_2グロブリン	%	βグロブリン	%
			γグロブリン	%	M成分	
		尿検査	蛋白	陽　性　・　陰　性		
			糖	陽　性　・　陰　性		
			ウロビリノーゲン	増　加　・　正　常　・　減　少		
			潜血	陽　性　・　陰　性		
		血圧値	最大　　mmHg	最小　　mmHg		
	判定		異常なし　・　経過観察　・　要精密検査			
	判定年月日		年　　月　　日			
	受診者への伝達事項					
	担当機関名			担当医師氏名		

健 康 診 断 結 果 記 録 表 （ 精 密 検 査 ）

精密検査	検査年月日		年　　月　　日		
	検査科目		内科 ・ 整形外科 ・ 眼科 ・その他（　　）		
	現症	（理学的検査）			
		（臨床病理学的検査）			
		白血球数	/㎣	白血球百分比（%）	
		赤血球数	×10^4/㎣	好中球	
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ	①桿状核	
		ヘマトクリット（Ht）	%	②分葉核	
		網状赤血球数	‰	好酸球	
		血小板数	×10^4/㎣	好塩基球	
		ヘモグロビンA1c	%	単球	
		AST	IU/ℓ	リンパ球（大小）	
		ALT	IU/ℓ	リンパ芽球	
		γ－GTP	IU/ℓ	後骨髄球	
		CRP	mg/dℓ	骨髄球	
				前骨髄球	
		尿検査 混濁		骨髄芽球	
		尿検査 蛋白		形質細胞	
		尿検査 糖			
		尿検査 ウロビリノーゲン			
		尿検査 潜血			
		（その他の検査）			
	判定	判定年月日	年　　月　　日		
		異常の有無	有 ・ 無	治療の要否	要（入院・入院外）・否
		症状又は診断名			
	受診者への伝達事項				
	担当機関名			担当医師氏名	

健　康　診　断　結　果　記　録　表　（　一　般　検　査　）

一般検査	検査年月日		年　　月　　日			
	現症	（理学的検査）				
		（臨床病理学的検査）				
		白血球数	/㎣			
		赤血球数	$\times 10^4$/㎣			
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ			
		ヘマトクリット（Ht）	%			
		ヘモグロビンA1c	%			
		肝機能検査	AST	IU/ℓ	ALT	IU/ℓ
			γ－GTP	IU/ℓ		
		CRP	mg/dℓ			
		血清蛋白分画検査（多発性骨髄腫検査）	総蛋白	g/dℓ	A/G	
			アルブミン	%	α_1グロブリン	%
			α_2グロブリン	%	βグロブリン	%
			γグロブリン	%	M成分	
		尿検査 蛋白	陽　性　・　陰　性			
		尿検査 糖	陽　性　・　陰　性			
		尿検査 ウロビリノーゲン	増　加　・　正　常　・　減　少			
		尿検査 潜血	陽　性　・　陰　性			
		血圧値	最大　　mmHg		最小　　mmHg	
	判定		異常なし　・　経過観察　・　要精密検査			
	判定年月日		年　　月　　日			
	受診者への伝達事項					
	担当機関名			担当医師氏名		

健 康 診 断 結 果 記 録 表 （ 精 密 検 査 ）

精密検査	検査年月日		年　　月　　日		
	検査科目		内科 ・ 整形外科 ・ 眼科 ・その他（　　）		
	現症	（理学的検査）			
		（臨床病理学的検査）			
		白血球数	/㎣	白血球百分比（%）	
		赤血球数	×10^4/㎣	好中球	
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ	①桿状核	
		ヘマトクリット（Ht）	%	②分葉核	
		網状赤血球数	‰	好酸球	
		血小板数	×10^4/㎣	好塩基球	
		ヘモグロビンA1c	%	単球	
		AST	IU/ℓ	リンパ球（大小）	
		ALT	IU/ℓ	リンパ芽球	
		γ－GTP	IU/ℓ	後骨髄球	
		CRP	mg/dℓ	骨髄球	
				前骨髄球	
		尿検査 混濁		骨髄芽球	
		尿検査 蛋白		形質細胞	
		尿検査 糖			
		尿検査 ウロビリノーゲン			
		尿検査 潜血			
		（その他の検査）			
	判定	判定年月日	年　　月　　日		
		異常の有無	有 ・ 無	治療の要否	要（入院・入院外）・否
		症状又は診断名			
	受診者への伝達事項				
	担当機関名			担当医師氏名	

健　康　診　断　結　果　記　録　表　（　一　般　検　査　）

一般検査	検査年月日		年　　月　　日			
	現症	（理学的検査）				
		（臨床病理学的検査）				
		白血球数	/㎣			
		赤血球数	$\times 10^4$/㎣			
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ			
		ヘマトクリット（Ht）	%			
		ヘモグロビンA1c	%			
		肝機能検査	AST	IU/ℓ	ALT	IU/ℓ
			γ－GTP	IU/ℓ		
		CRP	mg/dℓ			
		血清蛋白分画検査（多発性骨髄腫検査）	総蛋白	g/dℓ	A/G	
			アルブミン	%	α_1グロブリン	%
			α_2グロブリン	%	βグロブリン	%
			γグロブリン	%	M成分	
		尿検査 蛋白	陽　性　・　陰　性			
		尿検査 糖	陽　性　・　陰　性			
		尿検査 ウロビリノーゲン	増　加　・　正　常　・　減　少			
		尿検査 潜血	陽　性　・　陰　性			
		血圧値	最大　　mmHg		最小　　mmHg	
	判定		異常なし　・　経過観察　・　要精密検査			
	判定年月日		年　　月　　日			
	受診者への伝達事項					
	担当機関名			担当医師氏名		

健 康 診 断 結 果 記 録 表 （ 精 密 検 査 ）

精密検査	検査年月日		年　　月　　日		
	検査科目		内科 ・ 整形外科 ・ 眼科 ・その他（　　）		
	現症	（理学的検査）			
		（臨床病理学的検査）			
		白血球数	/㎣	白血球百分比（%）	
		赤血球数	×10^4/㎣	好中球	
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ	①桿状核	
		ヘマトクリット（Ht）	%	②分葉核	
		網状赤血球数	‰	好酸球	
		血小板数	×10^4/㎣	好塩基球	
		ヘモグロビンA1c	%	単球	
		AST	IU/ℓ	リンパ球（大小）	
		ALT	IU/ℓ	リンパ芽球	
		γ－GTP	IU/ℓ	後骨髄球	
		CRP	mg/dℓ	骨髄球	
				前骨髄球	
		尿検査 混濁		骨髄芽球	
		尿検査 蛋白		形質細胞	
		尿検査 糖			
		尿検査 ウロビリノーゲン			
		尿検査 潜血			
		（その他の検査）			
	判定	判定年月日	年　　月　　日		
		異常の有無	有 ・ 無	治療の要否	要（入院・入院外）・否
		症状又は診断名			
	受診者への伝達事項				
	担当機関名			担当医師氏名	

健　康　診　断　結　果　記　録　表　（　一　般　検　査　）

一般検査	検査年月日		年　　月　　日			
	現症	（理学的検査）				
		（臨床病理学的検査）				
		白血球数	/㎣			
		赤血球数	$\times 10^4$/㎣			
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ			
		ヘマトクリット（Ht）	%			
		ヘモグロビンA1c	%			
		肝機能検査	AST	IU/ℓ	ALT	IU/ℓ
			γ－GTP	IU/ℓ		
		CRP	mg/dℓ			
		血清蛋白分画検査（多発性骨髄腫検査）	総蛋白	g/dℓ	A/G	
			アルブミン	%	α_1グロブリン	%
			α_2グロブリン	%	βグロブリン	%
			γグロブリン	%	M成分	
		尿検査 蛋白	陽　性　・　陰　性			
		尿検査 糖	陽　性　・　陰　性			
		尿検査 ウロビリノーゲン	増　加　・　正　常　・　減　少			
		尿検査 潜血	陽　性　・　陰　性			
		血圧値	最大　　mmHg		最小　　mmHg	
	判定		異常なし　・　経過観察　・　要精密検査			
	判定年月日		年　　月　　日			
	受診者への伝達事項					
	担当機関名			担当医師氏名		

健 康 診 断 結 果 記 録 表 （ 精 密 検 査 ）

精密検査	検査年月日		年　　月　　日		
	検査科目		内科 ・ 整形外科 ・ 眼科 ・その他（　　）		
	現症	（理学的検査）			
		（臨床病理学的検査）			
		白血球数	/㎣	白血球百分比（%）	
		赤血球数	×10^4/㎣	好中球	
		ヘモグロビン（Hb）	g/dℓ	①桿状核	
		ヘマトクリット（Ht）	%	②分葉核	
		網状赤血球数	‰	好酸球	
		血小板数	×10^4/㎣	好塩基球	
		ヘモグロビンA1c	%	単球	
		AST	IU/ℓ	リンパ球（大小）	
		ALT	IU/ℓ	リンパ芽球	
		γ－GTP	IU/ℓ	後骨髄球	
		CRP	mg/dℓ	骨髄球	
				前骨髄球	
		尿検査 混濁		骨髄芽球	
		尿検査 蛋白		形質細胞	
		尿検査 糖			
		尿検査 ウロビリノーゲン			
		尿検査 潜血			
		（その他の検査）			
	判定	判定年月日	年　　月　　日		
		異常の有無	有 ・ 無	治療の要否	要（入院・入院外）・否
		症状又は診断名			
	受診者への伝達事項				
	担当機関名			担当医師氏名	

予　防　接　種　記　録

予防接種名	接種年月日	メーカーロットNo.	医療機関名	備考

自　由　記　載　欄

自　由　記　載　欄

自　由　記　載　欄

親の被爆状況等

被爆した 親の氏名		実　父　・　実　母
被爆形態	直　爆　・　入　市　・　救護等　・　胎　内	
被爆の場所	市　　町 郡　　村 爆心地から　　・　　キロメートル	
被爆当時の状況		
現在の状況 （または死亡時 の状況）		

被爆者健康手帳	被爆者健康手帳の有無	有　・　無
	公費負担医療の受給者番号 （手帳番号）	
	交付年月日	年　月　日
	交付された都道府県市※	

※被爆者のお住まいの都道府県（広島市、長崎市は市）

その他家族の記録	

親の被爆状況等

被爆した 親の氏名		実　父　・　実　母
被爆形態	直　爆　・　入　市　・　救護等　・　胎　内	
被爆の場所	市　　町 郡　　村 爆心地から　　・　　キロメートル	
被爆当時の状況		
現在の状況 （または死亡時 の状況）		

被爆者健康手帳	被爆者健康手帳の有無	有　・　無
	公費負担医療の受給者番号 （手帳番号）	
	交付年月日	年　月　日
	交付された都道府県市※	

※被爆者のお住まいの都道府県（広島市、長崎市は市）

その他家族の記録	

《被爆二世健康診断について》

原爆被爆者二世の方は、被爆二世健康診断を受診することができます。（各年度につき１回）
健康診断は、一般検査と精密検査によって行われます。

● 一般検査
（１）視診、問診、聴診、打診及び触診による検査
（２）CRP定量検査
（３）血球数計算
（４）血色素検査
（５）尿検査（ウロビリノーゲン、蛋白、糖、潜血）
（６）血圧測定
【医師が必要と認めた場合】
（７）AST検査法、ALT検査法、γ－GTP検査法による肝臓機能検査
（８）ヘモグロビンA1ｃ検査
【希望者のみ】
（９）血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査

一般検査の結果、さらに精密な検査が必要な場合

● 精密検査
次に掲げる範囲内で医師が必要と認めるもの
（１）骨髄造血像検査等の血液の検査
（２）肝臓機能検査等の内臓の検査
（３）関節機能検査等の運動器の検査
（４）眼底検査等の視器の検査
（５）胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査
（６）その他必要な検査

【問い合わせ先】
滋賀県健康医療福祉部健康しが推進課
所在地：大津市京町四丁目１番１号
電話番号：077-528-3655
ＦＡＸ　：077-528-4857