

保健所受付印

被爆者二世健康診断受診申込書

申 込 者	ふりがな 氏 名		男・女	昭和・平成    年    月    日生	
	住 所	〒		被爆者 との続柄	
		(TEL        —        —        )			
受診希望 医療機関名					
過去に被爆者二世健診を 受けたことがありますか。			あ   る   ・   な   い		
血清蛋白分画検査による多発性骨髄 腫検査を希望しますか。			希望する・希望しない		
被 爆 者	ふりがな 氏 名		男・女	大正・昭和    年    月    日生	
			被爆者健康 手帳番号		
	住 所	〒			
		(TEL        —        —        )			
被爆二世健康記録簿の 配布を希望しますか。			希望する・希望しない		

※被爆二世健康記録簿は1冊で4回分の記録が記入できます。今回の申込で県からの送付不要な方は「希望しない」に○をつけてください。

注 1 受診希望医療機関の欄は必ず記入して下さい。

2 本健康診断を受診しても被爆者健康手帳が交付されることはありませんので、  
ご了解願います。

【被爆二世健康記録簿について】

- 二世健診の結果を自身の健康管理に役立てることを目的としています。
- サイズはA4で、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。
- 滋賀県HPに様式を掲載しています。

被爆二世健康記録簿についてご不明な点がある場合は、  
滋賀県健康しが推進課（077-528-3655）にお問い合わせください。