様式第四号（三）（第十一条関係）　　（実施機関　保管用）

整理番号

健康診断個人票（精密検査用）

検査科目	ふりがな / 氏名		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	被爆者健康手帳番号
内・外	居住地	福岡県　区市郡　町村　番地					
眼	被爆時の事情	被爆地	爆心地から約　キロメートル		法第1条による区分	第1号・第2号・第3号・第4号	
その他		第1号該当者の被爆の状況	屋内	木造・コンクリート・石造	屋外	遮蔽（しゃへい）の有・無	
		被爆直後の行動（おおむね3週間以内）					

既往歴		現症	（理学的検査）

（臨床病理学的検査）　年　月　日

現症						
血液学的検査	白血球数	/mm³	血液学的検査〔白血球百分比（%）〕	好中球	桿（かん）状核	
	赤血球数	万/mm³			分葉核	
	ヘモグロビン	g/dℓ		好酸球		
	ヘマトクリット	%		好塩基球		
	網状赤血球数	‰		単球		
	血小板数	万/mm³		リンパ球		
				リンパ芽球		
				後骨髄球		
	ヘモグロビンAlc	%		骨髄球		
				前骨髄球		
血液生化学的検査	AST	IU/ℓ		骨髄芽球		
	ALT	IU/ℓ		形質細胞		
	γ−GTP	IU/ℓ				
			尿検査	混濁		
				蛋（たん）白		
	CRP	mg/dℓ		糖		
	血圧値	最大 mmHg		ウロビリノーゲン		
		最小 mmHg		潜血		

その他の検査	年　月　日

判定		年　月　日
	異常の有無及び異常があるときはその症状又は診断名	無・有（　）
	治療の要否	（入院） 要・否 （入院外）
特に記すべき医師の意見		
実施場所		
実施機関名		
担当医師氏名		