

問 診 票

実施年月日

平成 年 月 日

整理番号

男
 女

生年月日 昭和 年 月 日 歳

氏名	<input type="text"/>	住所	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

I 親の被爆状況について

被 爆 地

- | | | |
|-------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 父親被爆 | { | <input type="checkbox"/> 広 島 |
| | | <input type="checkbox"/> 長 崎 |
| <input type="checkbox"/> 母親被爆 | { | <input type="checkbox"/> 広 島 |
| | | <input type="checkbox"/> 長 崎 |

II 体のどこかに調子の悪いところがありますか？

0. ない
1. 全身がだるい
2. 頭痛がする
3. 食欲がない 嘔気がある 便秘 下痢 胃痛 腹痛
4. 咳が止まらない 痰が出る
5. 息切れする 胸痛
6. 肩こり 筋肉痛 腰痛
7. 出血しやすい(鼻血、歯ぐき、性器)
8. その他()

III 特に相談したいことがありますか？

- 自分の体に関する事
- 遺伝的影響に関する事
- その他

担当者氏名