

問 診 票

実施年月日

令和 年 月 日

整理番号

男
 女

生年月日

昭和	年	月	日	歳
平成	年	月	日	歳

氏名		住所	
----	--	----	--

I 親の被爆状況について

S A M P L E

父親被爆

被爆地
 広島
 長崎

母親被爆

広島
 長崎

II 体のどこかに調子の悪いところがありますか？

- ない
- 全身がだるい
- 頭痛がする
- 食欲がない 嘔気がある 便秘 下痢 胃痛 腹痛
- 咳が止まらない 痰が出る
- 息切れする 胸痛
- 肩こり 筋肉痛 腰痛
- 出血しやすい(鼻血、歯ぐき、性器)
- 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