

問 診 票

実施年月日

年 月 日

整理番号

☐ 男
☐ 女

生年月日

昭和
平成

年

月

日

歳

氏 名

住 所

I 親の被爆状況について

被 爆 地

☐ 父親被爆

{ ☐ 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？

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？

☐ 自分の体に関すること

☐ 遺伝的影響に関すること

☐ その他

担当者氏名