# 被爆二世健診　問診票

実施年月日

年　　月　　日

整理番号 ☐ ☐ 男 女　生年月日 昭和　　年　　月　　日　　歳

| 氏名 | | 住所 | |
|---|---|---|---|

| TEL | |
|---|---|

Ⅰ親の被爆状況について

☐ 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？

0、☐ ない
1、☐ 全身がだるい
2、☐ 頭痛がする
3、☐ 食欲がない　☐ 嘔気がする　☐ 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
☐ 遺伝子影響に関すること
☐ その他

Ⅳ現在たばこを習慣的に吸っている。
（これまでに100本以上、または6か月以上吸っており、かつ現在も吸っている）

☐ はい　☐ いいえ

→ 1日（　　）本を（　　）年間

→ 禁煙したいと思いますか。
☐ 今すぐ禁煙したい　☐ 将来的に禁煙したい
☐ 禁煙する意思はない

Ⅴ既往歴

Ⅵ治療中の疾患