

問

診

票

年

月

日

受付番号

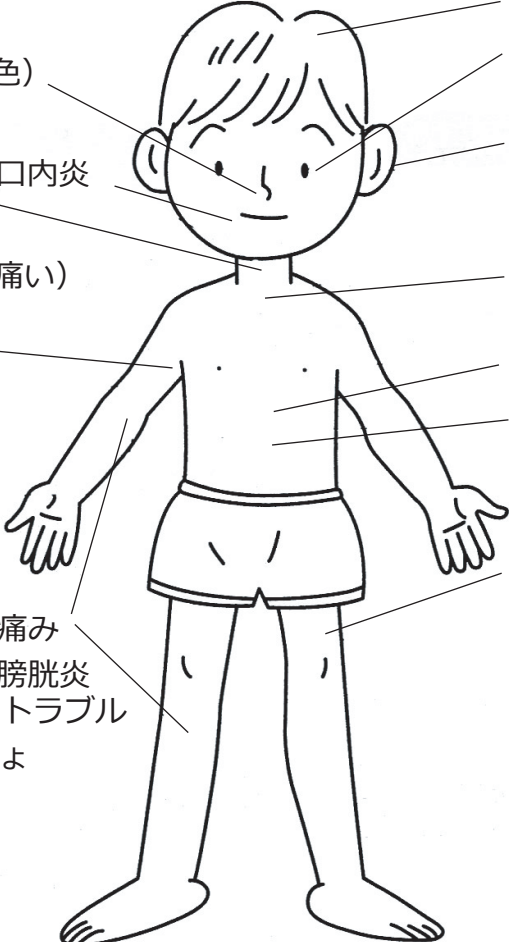
生年月日

年 月 () 才 男・女

あてはまるものに丸をつけてください。

高熱を出した () °C

微熱がある () °C

- 
1. 頭痛 2. めまい
3. 鼻血 (右, 左) 4. 鼻水 (色)
5. 首 (つけね, リンパ, かたまり)
6. 甲状腺のはれ 7. 口内炎
8. のど (チクチク, イガイガ, ヒリヒリ, 赤くないのに痛い)
9. リンパのはれ
10. 吐き気, 嘔吐
11. むかつき
12. 不眠
13. 精神不安
14. 集中力がない
15. 物が覚えられない 36. 関節の痛み
16. 頭がボーッとする 37. 排尿・膀胱炎などのトラブル
17. 突然の眠気 38. おねしょ
18. 突然の脱力 39. 紫斑
40. 生理不順・性器トラブル
41. はぐきの腫れ, 出血
42. 気絶・意識不明 43. 周囲に突然死が出た
19. 髪の毛のぬけ
20. 目の異常 (はれ, かゆみ, ヒリヒリ, 熱くなる)
21. 耳鳴り
22. 目の下にクマが出る
23. せき (長く続く, 喘息様)
24. たん () 色, 続く, からむ
25. 腹痛, 胃の上部の痛み
26. 下痢 () 日ぐらい
27. 心臓痛
28. 傷がなおりにくくなった
29. アレルギーの悪化
30. 皮膚のトラブル
31. 湿疹が出た
32. 湿疹が消えない
33. 雪焼け様の日焼け
34. 皮膚ヒリヒリ, つっぱる
35. 服の上から日焼け

♪他に気がついたことを書き込んで下さい。

♪既往歴

♪事故後どこにいたか、何をしていたか

♪保養・避難していた時期

♪食べ物に気をつけているか Yes No

※お名前住所などの個人情報を公開することはありません。

あなたのお住まいの郵便番号をお書き下さい。〒

年 月 日 診察場所:

県

区・町(枝番いらず)

医師サイン

チェルノブイリへのかけはし