

保健所受付印

被爆者二世健康診断受診申込書

申込者	ふりがな 氏名		男・女	昭和 年 月 日生
	住所	〒 (TEL — —)	被爆者 との続柄	
受診希望 医療機関名				
過去に被爆者二世健診を受けたことがありますか。			あ る ・ な い	
血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査を希望しますか。			希望する・希望しない	
被爆者	ふりがな 氏名		男・女	昭和 年 月 日生
	住所	〒 (TEL — —)	被爆者健康 手帳番号	
被爆二世健康記録簿の配布を希望しますか。			希望する・希望しない	

- 注 1 受診希望医療機関の欄は必ず記入して下さい。
- 2 本健康診断を受診しても被爆者健康手帳が交付されることはありませんので、ご了解願います。
 - 3 新型コロナウイルス感染拡大の影響により、健康診断が実施できない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

【被爆二世健康記録簿について】

- 二世健診の結果を自身の健康管理に役立てることを目的としています。
- サイズはA4で、被爆二世健康診断の結果を4回分記入することができます。
- 滋賀県HPに様式を掲載しています。

被爆二世健康記録簿についてご不明な点がある場合は、
滋賀県健康寿命推進課（077-528-3653）にお問い合わせください。