

(様式1)

「ビキニ環礁水爆実験に関連し健康不安を抱かれている方のための健康相談」

申込書

私は、ビキニ環礁水爆実験に関連し健康不安を抱かれている方のための健康相談に申し込みます。

申込者 氏名	(男・女)	生年 月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)
水爆実験が 実施された 時期に乗船 していた船名		乗船期間	
現在、治療中 や経過観察中 の病気があ れば、お書 きください。			
過去にかかった 病気があれば、 お書きください。			
飲酒や喫煙の 状況について、 お尋ねします。	飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた (歳まで飲んでいました) 飲酒回数： <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週 () 日 <input type="checkbox"/> 毎日 平均飲酒量/日 (清酒換算)： <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2合未満 <input type="checkbox"/> 3合未満 <input type="checkbox"/> 3号以上 ※日本酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
	喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 1日平均 () 本 × () 年間 <input type="checkbox"/> やめた ⇒ () 歳から () 歳まで1日平均 () 本	
相談したい内容 についてお書き ください。	(該当項目に○をつけること) 1. 健康管理に関すること 2. 医療に関すること 3. 被ばくに関すること 4. 生活福祉に関すること 5. 子どもに関すること 6. その他		

※ この用紙は、健康相談を行う医師等に共有するとともに、健康相談実施後は高知県健康対策課で保管します。

※ 関係機関には、相談者ご本人の相談があった後に、情報共有します。