

4. 平成17年度原子爆弾被爆者実態調査調査票

(1) 国内用

総務省承認No. 26229 承認期限平成18年3月31日まで	厚生労働省																		
<p>平成17年度 原子爆弾被爆者実態調査</p> <p>調査票（国内用）</p> <p>平成17年11月1日（火）現在</p> <p>【記入上の注意】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 黒または青のボールペンまたはインクを用いて、はっきり記入してください。 ● 番号を選ぶ質問については、当てはまる番号を○で囲んでください。 ● 文字を記入する場合は、かい書で、数字を記入する場合は、1・2・3・・・のように算用数字を用いて、ていねいに記入してください。 ● この調査票は、統計以外の目的には使用しませんから、ありのままを記入してください。 ● ご自分で記入できない方は、ご家族などに手伝ってもらって記入してください。なお、その場合は、あなたからみた記入者の続柄について当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。 																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 配偶者</td> <td style="width: 25%;">2 子</td> <td style="width: 25%;">3 兄弟姉妹</td> <td style="width: 25%;">4 その他()</td> </tr> </table>		1 配偶者	2 子	3 兄弟姉妹	4 その他()														
1 配偶者	2 子	3 兄弟姉妹	4 その他()																
<p>【被爆者健康手帳を見て記入してください。】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> <tr> <td>公費負担医療の受給者番号</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		公費負担者番号									公費負担医療の受給者番号								
公費負担者番号																			
公費負担医療の受給者番号																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%;">ふりがな</td> <td style="width: 5%;">男</td> <td style="width: 50%;">明治</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>女</td> <td>大正 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>昭和</td> </tr> </table>		ふりがな	男	明治	氏名	女	大正 年 月 日生			昭和									
ふりがな	男	明治																	
氏名	女	大正 年 月 日生																	
		昭和																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">居住地 (現在地)</td> <td style="width: 70%;">電話番号 () -</td> </tr> </table>		居住地 (現在地)	電話番号 () -																
居住地 (現在地)	電話番号 () -																		

質問1 あなたは、広島、長崎のどちらで被爆しましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 広島	2 長崎
------	------

【被爆者健康手帳を見て記入してください。】

質問2 あなたは、被爆者健康手帳の「法第1条による区分」の欄で第何号になっていますか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

「1 第1号」を○で囲んだ場合には、被爆した距離について、1～6のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 第1号	問1 あなたは、爆心地から何キロメートルの場所で被爆しましたか。(被爆者健康手帳の「被爆の場所」の欄を参考にしてください。)
2 第2号	1 0.0～0.5キロメートル 4 1.6～2.0キロメートル
3 第3号	2 0.6～1.0キロメートル 5 2.1～3.0キロメートル
4 第4号	3 1.1～1.5キロメートル 6 3.1キロメートル以上

質問3 あなたは、現在どんな住居に住んでいますか。
1～5のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 持ち家
2 民間賃貸住宅
3 公営・公団・公社の賃貸住宅または社宅等
4 老人ホーム（原爆養護ホームを含む。）
5 借間・その他

質問4 あなたの世帯には、あなたを含めて何人の世帯員が同居されていますか。
 また、その世帯員について、あなたとの続柄を教えてください。
 当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

世帯員数 人
 (あなたを含めた)

01 配偶者	05 孫の配偶者	09 兄弟姉妹
02 子	06 父母	10 その他の親族
03 子の配偶者	07 配偶者の父母	11 その他
04 孫	08 祖父母	

(注)「世帯」とは、平成17年11月1日現在、同じ住居に住んでおり、かつ、生計を共にしている人々の集まりとします。
 同じ住居に住んでいても、あなたとは別に独立の生計を維持している場合は、別の世帯になります。

質問5 あなたの世帯に、あなた以外に被爆者健康手帳の交付を受けている方がいましたら、この調査票の最初の頁と同様に、その方の被爆者健康手帳番号を記入してください。

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

質問6 あなたは、平成17年10月中に収入を伴う仕事をしましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。
 「1 した」を○で囲んだ場合には、1～3のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 した	→	1 自営業主として仕事をした (自営業の手伝いを含む。)
2 しなかった		2 常雇者として仕事をした
		3 臨時的な仕事をした

- (注1) 自営業主とは、商店主、工場主、農業主など一定の店舗、工場、事務所などにおいて、事業を行っている者をいいます。
 (注2) 常雇者とは、雇用契約期間が1年を超える者または雇用契約期間に定めのない者(役員を含みます。なお、正社員・パートなどの形態は問いません。)をいいます。
 (注3) 臨時的な仕事とは、雇用契約期間が1年以内のものや内職などをいいます。

質問7 あなたの世帯の世帯員全員の平成16年の税込み所得額(総収入額)の合計はどのくらいですか。
 1～5のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1	100万円未満
2	100万円以上300万円未満
3	300万円以上500万円未満
4	500万円以上1,000万円未満
5	1,000万円以上

質問8 あなたは、「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による手当を平成17年10月現在受けていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。
 「1 受けている」を○で囲んだ場合には、1～8のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 受けている	→	1 医療特別手当
		2 特別手当
		3 原子爆弾小頭症手当
		4 健康管理手当
		5 保健手当 (一般分)
		6 保健手当 (増額分)
		7 家族介護手当
2 受けていない		8 介護手当

質問9 あなたの世帯は、生活保護を受けていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 受けている 2 受けていない

質問10 あなたは、どんな種類の公的な年金・恩給を受給していますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 受けている」を○で囲んだ場合には、あなたが現在お持ちの年金証書等を確認したうえで、1～9のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 受けている

2 受けていない

1 基礎年金
2 基礎年金と厚生年金
3 基礎年金と共済年金
4 国民年金
5 福祉年金
6 厚生年金
7 共済年金
8 恩給
9 その他

質問11 あなたは、どんな種類の公的な医療保険に加入していますか。あなたが現在お持ちの医療保険の被保険証を確認したうえで、1～5のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

国民健康保険

被用者保険

5 その他

1 市町村
2 組合
3 本人
4 家族

(注)「被用者保険」とは、職場で加入する医療保険の総称で、具体的には、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済組合、船員保険をいいます。