

(2) 国外用

総務省承認No. 26230

厚生労働省

秘 承認期限平成18年3月31日まで

平成17年度 原子爆弾被爆者実態調査  
調査票 (国外用)

2005年11月1日(火)現在

【記入上の注意】

- 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。
- 番号または記号を選ぶ質問については、当てはまる番号または記号を○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。

1 配偶者	2 子	3 兄弟姉妹	4 その他( )
-------	-----	--------	----------

【被爆者健康手帳を持っている方は、その被爆者健康手帳を見て記入してください。】

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

【被爆者健康手帳を持っていない方は、被爆確認証を見て記入してください。】

番	号								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな		男	西曆				
氏名		女	明治	年	月	日生	
			大正				
			昭和				

居住国	
国籍	
居住地	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。

なお、被爆確認証を持っている方は、その被爆確認証を見て、質問3に記入してください。】

質問2 被爆者健康手帳を持っている方で、「法第1条による区分」の欄は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。  
(1995年以前に被爆者健康手帳を取得された場合は「法第2条による区分」と記載されていることがあります。)

「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

2 第2号

3 第3号

4 第4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。)

1 0.0～0.5キロメートル	4 1.6～2.0キロメートル
2 0.6～1.0キロメートル	5 2.1～3.0キロメートル
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 被爆者確認証を持っている方で、被爆の状況はどれに該当しますか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

「1 直接被爆」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 直接被爆

2 入市被爆

3 その他の被爆

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。(被爆確認証の「被爆の状況」の欄を参考にしてください。)

1 0.0～0.5キロメートル	4 1.6～2.0キロメートル
2 0.6～1.0キロメートル	5 2.1～3.0キロメートル
3 1.1～1.5キロメートル	6 3.1キロメートル以上

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

(注)「世帯」とは、2005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または被爆確認証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または被爆確認証の番号を記入してください。

【被爆者健康手帳の交付を受けている方がいる場合】

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									

【被爆確認証の交付を受けている方がいる場合】

番 号									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

番 号									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

質問6 あなたは、ふだん、収入を伴う仕事をしていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 している	2 していない
--------	---------