

診断書 (健康管理手当用)

※新規用

氏名				明治 大正 昭和	年	月	日生	男・女	
居住地									
原子爆弾被爆者 に対する援護に 関する法律第27 条第2項の認定 に係る障害の種 (※1)	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害	5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害	8 水晶体混濁による視機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 (レントゲンフィルムを添付) 11 潰瘍による消化器機能障害 (内視鏡写真を添付)						
上記(※1)の障害を伴う疾病の名称 (※2)									
上記の欄の疾病が、感染症、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合又は 労働災害、不慮の事故によるものである場合等、原子爆弾の放射能の影響 によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見									
上記(※2)の欄の疾病に係る 病状が固定しているかどうかにか つての意見		1 固定化している 2 固定化していない [※2の欄の疾病により今後医療を必要とする期間は、____年 ____月間の見込]							
※3 現 症 (検査成績は原則として最近 (3ヶ月以内)のもの)	理学 的 検 査	心音							
	臨床 的 検 査	肺野							
		腹部							
		運動器							
	血液検査	末梢血液	血色素量 g/dl	赤血球数 $\times 10^3/\text{mm}^3$	網赤血球 %	白血球数 / mm^3			
	____年 ____月 ____日		顆粒球数 / mm^3	病的細胞 %	血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$				
		血清鉄 $\mu\text{g/dl}$	血清カルシウム mg/dl						
		骨髓	有核細胞数 $\times 10^3/\text{mm}^3$	巨核球数 / mm^3	リンパ球 %	E/M			
	肝機能検査	血清総蛋白 g/dl	AST IU/l	γ -GTP IU/l					
	____年 ____月 ____日	A/G比	ALT IU/l						
		ビリルビン mg/dl	LDH IU/l	ICG(15分値) %					
	ヘモグロビンA1c %								
	糞便潜血反応検査(____年 ____月 ____日)		(____法) 1 陽性 2 陰性						
	尿検査 (____年 ____月 ____日)		混濁	糖	蛋白	カロヒリナーゲン	1 陽性 2 陰性	1 増加 2 正常 3 減少	
	腎機能検査(____年 ____月 ____日)		PSP(15分値) %	濃縮試験最高尿比重					
	基礎代謝測定(____年 ____月 ____日)		甲状腺機能検査(____年 ____月 ____日)						
	血糖測定(____年 ____月 ____日)		空腹時 mg/dl	糖負荷試験 (g)	負荷前 mg/dl	後60分 mg/dl	後120分 mg/dl		
	肺機能検査(____年 ____月 ____日)		肺活量 cc	1秒率 %					
	組織病理診断(____年 ____月 ____日)		(組織名)						
	血圧測定(____年 ____月 ____日)		最大 mmHg	最小 mmHg					
その 他 の 検 査	X線検査	胸部(____年 ____月 ____日) (肺又は心臓)	腹部(____年 ____月 ____日)	運動器(____年 ____月 ____日)					
		心胸比(____)							
	心電図 (____年 ____月 ____日)	ST検査	T変化	不整脈	その他				
	内視鏡検査 (____年 ____月 ____日)	(組織名)							
	眼科学的検査 (____年 ____月 ____日)	水晶体混濁の有	1.有 2.無	視力	右(____) 左(____)				
	水晶体混濁の性情			水晶体混濁の発生に関し特記すべき事項					
神経機能検査 (____年 ____月 ____日)	四肢の麻痺	1.有 2.無	言語障害	1.有 2.無	その他				
その他特記すべき事項、治療状況等		※ 検査成績がほぼ正常の場合は、特に診断根拠を説明してください。							
以上のとおり診断します。 ____年 ____月 ____日 医療機関の名称 所在地 (診断書の有効期間は1ヶ月です) 医師氏名									

注意)

- ① 「運動器機能障害を伴う疾病」で診断書を提出される場合は、レントゲンフィルムも提出してください。
- ② 「潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病」で診断書を提出される場合は、内視鏡写真も提出してください。
- ③ ①②以外においても、申請疾病の判断材料となるデータや資料があれば提出をお願いします。

記入上の注意

1. この診断書は、健康管理手当の受給資格の認定について、厚生労働省令で定める障害(※1の欄の障害)を伴う疾病にかかっているかどうかを証明するものであり、当該疾病が原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合は健康管理手当は支給されません。
2. 「※3現症欄」には、※2の欄に記入した疾病の状態を最もよく表している検査結果をくわしく記入してください。
3. 検査成績は原則として最近3ヶ月以内のものを記載してください。なお、今回の成績がほぼ正常値の場合は、「その他特記すべき事項欄」に過去の異常時の数値や治療状況をあわせて記載し、診断根拠を明記してください。
4. 「※3現症欄」の記載にあつては、理学的所見や検査成績(必要な場合は負荷試験を含む)を記載し、X線所見は必ず図示し病変部がわかるように説明してください。
5. 健康管理手当に係る障害は、通例、日常生活において何らかの支障を生ずる程度のものであり、対象疾病は、次に掲げるものです。

障害の種類	主な対象病名の例示	検査項目及び記入事項
1. 造血機能障害を伴う疾病	再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血がその主なものです。	1 血色素量 2 赤血球数 3 白血球 4 網状赤血球 5 血清鉄 6 白血球数の分類 7 鉄剤投与の有無 ☆出血傾向の場合 1 血小板数 2 出血時間 3 凝固時間 4 ヘマトクリット 5 凝固剤投与の有無
2. 肝臓機能障害を伴う疾病	肝硬変がその主なものです。	1 血清総蛋白 2 A/G比 3 総ビリルビン 4 GOT 5 GPT 6 LHD 7 アルカリフォスターゼ 8 ZTT 9 ICG(15分値) 10 HB抗原 11 尿ウロビリノーゲン
3. 細胞増殖機能障害を伴う疾病	悪性新生物がその主なものです。	1 組織病理診断 2 X線検査所見 3 内視鏡検査所見 4 理学的検査所見(臨床所見) 5 手術の有無(摘出術の期日) 6 良性、悪性の別及び転移の有無 ☆白血病の場合 1 白血球数 2 白血球の分類 3 骨髄検査所見
4. 内分泌腺機能障害を伴う疾病	糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症がその主なものです。	☆糖尿病の場合 1 尿糖 2 空腹時血糖 3 糖負荷試験 4 インシュリン等の投与の有無 ☆甲状腺疾患の場合 1 甲状腺機能検査 2 T ₃ T ₄ TBC 3 理学的検査所見(臨床所見) 4 甲状腺剤投与の有無
5. 脳血管障害を伴う疾病	くも膜下出血、脳出血、脳梗塞がその主なものです。	1 血圧測定 2 神経機能検査所見 3 脳発作の期日 4 できれば眼底検査所見 5 できれば骨髄検査所見
6. 循環器機能障害を伴う疾病	高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患がその主なものです。	1 血圧測定 2 心電図 3 胸部X線検査所見(心胸比を含む) 4 血清検査所見(総コレステロール、中性脂肪、GOT、GPTなど) 5 尿蛋白 6 できれば眼底検査所見 7 降圧剤投与の有無
7. 腎臓機能障害を伴う疾病	ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎がその主なものです。	1 尿検査所見 2 血清検査所見(総蛋白、A/G、BUN、クレアチニンなど) 3 理学的検査所見 4 血圧測定 5 できれば眼底検査所見
8. 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病	白内障	1 水晶体混濁の有無及び症状 2 視力 3 手術の日
9. 呼吸器機能障害を伴う疾病	肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症がその主なものです。	1 胸部X線検査所見 2 肺活量 3 一秒率 4 理学的検査所見(臨床所見)
10. 運動器機能障害を伴う疾病	変形性関節症、変形性脊椎症がその主なものです。	1 運動器X線検査所見 2 理学的検査所見(臨床所見) 3 日常生活における支障の程度 4 できれば血清カルシウム
11. 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病	胃潰瘍、十二指腸潰瘍がその主なものです。	1 糞便潜血反応検査所見 2 腹部(胃、十二指腸)X線検査所見 3 できれば内視鏡検査所見 4 手術の期日 5 超音波等検査所見