

様式第六号(第十二条関係)

意見書

原子爆弾の傷害作用に起因して負傷し、又は疾病にかかり、現に医療を要する状態にあると考えられる疾病等の傷病名記載してください。(判読が困難であったり、他の傷病名と誤読することのないよう正確に記入して下さい。疾病、傷害及び死因分類(ICD-10(2003年版)準拠)や医学界で通常用いられている傷病名を記入し、略語やあまり使用されていない医学用語は避けて下さい。)

負傷又は疾病の名称	被爆者健康手帳の番号	被爆者の氏名及び生年月日
既往症(※1)	現病歴や診断根拠、治療内容等について記入するとともに、内容を確認できる書類を添付してください。(申請疾病ごとに必要な書類が異なります。)	
現症所見(※2)		
当該負傷又は疾病に関する原子爆弾の放射線起因性等についての医師の意見及びその理由(※3)	放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。不明な場合には、空欄にしてください。	
必要な医療の内容及び期間(※4)	内容	期間 (入院) (通院)

申請疾病等に対する手術を実施している場合は、当該手術の施行年月日及び術式名を記入してください。申請時点では、手術を実施していない場合であっても、将来的に手術を予定し又は検討している場合は、その手術の予定時期及び術式名を記入してください。

(※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。

(※2) 現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。


(※3) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。

(※4) 可能な限り詳細に記入してください。

健康管理手当申請時における診断書

様式第十九号(一)(第五十二条関係)

(表 面)  
診断書(健康管理手当用)

氏 名	明治 大正 昭和			年 月 日	男・女	
居 住 地						
※1 障害の種類	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 11 潰瘍による消化器機能障害			
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称						
上記の疾病が、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						
※2の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうか						
※3 現 症	理学的検査	<p><b>疾病が明らかに原子爆弾の傷害作用の影響によるものでない場合にのみ、記載してください（交通事故等による外傷、遺伝性疾病、先天性疾病、伝染病、寄生虫病、薬物・毒物による中毒など原因が特定されている場合は記載が必要です。）。</b> <b>不明な場合には、空欄にしてください。</b></p>				
	臨床病理学的検査	月 日 (骨髄)	有核細胞数	×10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	巨核球数 /mm <sup>3</sup>	リンパ球 % E / M
症	肝機能検査	血清総蛋白 g/dl	AST IU/l	γ-GTP IU/l	A/G比	IU/l
	月 日	ビリルビン mg/dl	LDH IU/l	ICG(15分値) %		
	ヘモグロビンA1c	%				
	尿検査(年月日)	混濁	糖	1 陽性 2 陰性	たん 白 尿	1 陽性 2 陰性
				1 陽性 2 陰性	ウロビリノーゲン	1 増加 2 正常 3 減少
	糞便潜血反応検査(年月日)	( 法 )		1 陽性 2 陰性		
	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)					
	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	一秒率 %			
	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	×線検査	胸部(年月日) (肺又は心臓)	腹部(年月日)		運動器(年月日)	
						
	心電図(年月日)	ST変化	T変化	不整脈	その他	
	内視鏡検査(年月日)	(組織名)				
	眼科学的月	水晶体混濁の有無	1 有 2 無	視力	右( )	左( )
その他特記すべき事項	水晶体混濁の性状					
	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
以上のおり、診断します。 令和 年 月 日						
医療機関の名称 所在地 医師氏名						

(A列4番)