

診 断 書 (健康管理手当用)

様式第19号(第五十二条関係)

氏 名	明治 大正 昭和		年 月 日生	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 についての意見	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 月間の見込み)										
理学的 検 査	心 音										
	肺 野										
	腹 部										
	運 動 器										
臨床病 理学的 検 査	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	$/ \text{mm}^3$		
		顆粒球数	$/ \text{mm}^3$	病的細胞	%	血小板数	$\times 10^3 / \text{mm}^3$				
		血清鉄	$\mu \text{g} / \text{dl}$	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	$/ \text{mm}^3$	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	% ()								
	尿 検 査 (年 月 日)	混濁				蛋白	1 陽性 2 陰性				
		糖	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	後60分	後120分				
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 ()							
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) ()									
	眼科学的検査 (年 月 日)	水晶体混濁の有無	1 有 2 無	視力	右()	左()					
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 ()						
その他 特記す べき事 項											
以上のとおり、診断します。		医療機関の名称									
年 月 日		所在地									
		医師氏名									

<記入上の注意> 裏面をご参照下さい。

〈記入の注意〉

- 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。
- 検査成績は診断作成日前3ヵ月以内のものに限ります。
- 3ヵ月以内の検査成績が、ほぼ平常値の場合は、過去の重かった時点のデータを（ ）書すると共に現在治療の結果軽快したが、なお要治療（または要経過観察）である旨を、「その他特記すべき事項欄」に記入してください。
- 心臓X線所見、心電図成績または、理学的検査所見上著変が認められない心疾患（循環器機能障害）については、他覚的所見（浮腫など）など参考となる事項を「その他特記すべき事項欄」に記入して下さい。
- ※3の欄には、※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下さい。
- 健康管理手当に係る障害は、通例、日常生活においてなん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	主な疾病の例示	主な非該当疾病の例示	診断書記載上、必要な検査項目	最高限度期間 (年)
(1)造血機能障害	(イ)鉄欠乏性貧血 (ロ)再生不良性貧血 (ハ)貧血(鉄欠乏性貧血、再生不良性貧血を除く)		1. 血色素量 2. 赤血球数 3. 白血球数 4. 血小板数 5. 血清鉄 6. 白血球分類 7. できれば骨髄像	(イ)3 (ロ)なし (ハ)5
(2)肝臓機能障害	肝硬変、慢性肝炎	急性肝炎 胆石症 アルコール性肝障害	肝機能検査項目の2つ以上 (同系列でないもの)	なし
(3)細胞増殖機能障害	悪性新生物	良性腫瘍 ATL	1. 手術の有無(摘出術の期日) 2. 病理組織診断 3. X線などの画像所見 4. 内視鏡検査所見 5. 理学的検査所見(臨床所見)	なし
(4)内分泌腺機能障害	(イ)甲状腺機能亢進症 (ロ)糖尿病、甲状腺機能低下症	腎性糖尿病	1. T3、T4 2. 尿検査、血糖値、できれば眼底所見	(イ)5 (ロ)なし
(5)脳血管障害	くも膜下出血、脳出血、脳梗塞		1. 血圧値 2. 神経機能検査 3. 脳出血、脳発作の期日 4. できれば眼底所見	なし
(6)循環器機能障害	高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患	高血圧症・動脈硬化症 メニエル氏症・高脂血症	1. 胸部X線所見(心胸比記入) 2. 血圧値 3. 心電図所見(誘導部位記入) 4. できれば眼底所見	なし
(7)腎臓機能障害	ネフローゼ症候群、慢性腎炎 慢性腎不全、慢性糸球体腎炎		1. 腎機能検査項目の1つ以上 2. 尿検査 3. 尿沈殿	なし
(8)水晶体混濁による視機能障害	白内障	緑内障 先天性白内障	1. 眼科学的検査 2. 現症所見	5
(9)呼吸器機能障害	肺炎腫、慢性間質性肺炎、肺繊維症	急性肺炎・塵肺 肺結核・気管支炎	1. 胸部X線所見 2. 理学的検査所見(臨床所見) 3. 肺機能検査	なし
(10)運動器機能障害	変形性関節症、変形性脊椎症	椎間板症・椎間板ヘルニア・坐骨神経痛・分離欠損症・関節リウマチ・重症筋無力症・腰痛症	1. 運動器X線所見 2. 理学的検査所見(臨床所見)	なし
(11)潰瘍による消化器機能障害	胃潰瘍、十二指腸潰瘍	慢性胃炎	内視鏡検査、又はX線所見	3ヵ

※備考 健康管理手当の受給資格の認定申請を初めて行う場合に必ず使用すること。