

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 4 内分泌腺機能障害 7 腎臓機能障害 10 運動器機能障害 2 肝臓機能障害 5 脳血管障害 8 水晶体混濁による視機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害 3 細胞増殖機能障害 6 循環器機能障害 9 呼吸器機能障害													
＊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）													
＊３	理 学 的 検 査	心 音													
		肺 野													
現	臨 床 病 理 学 的 検 査	腹 部													
		運 動 器													
		血 液 検 査 (年 月 日)	(末梢血液)												
			色素量	g/dl		赤血球数	×10 ⁴ /mm ³		網赤血球	%		白血球数	/mm ³		
			顆粒球数	/mm ³		病的細胞	%		血小板数	×10 ³ /mm ³					
			血 清 鉄 μ g/dl				血清カルシウム mg/dl								
		肝機能検査 (年 月 日)	血清総蛋白		g/dl		AST		IU/l		γ-GTP		IU/l		
			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 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							
		症	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 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。															
令和 年 月 日				医療機関の名称											
				所在地											
				医 師 氏 名											

*裏面の注意事項をご覧の上記入して下さい。

(A列4番)

記入上の注意

- 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。
- 健康管理手当に係る障害（※1）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（※2）の主なものは、7の表に掲げるものです。
- （※3）の欄は、（※2）の疾病の治療に要する期間が概ね5年をこえるものについては、「1 固定化している」に区分してください。その他のものについては、「2 固定化していない」に区分し、治療を要する期間を具体的に1年・3年・5年と記入してください。長期・不明などと記入しないでください。
- （※4）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詳しく記入してください。また、今後の治療方針（治療中であればその治療状況及び通院状況）等を「その他特記すべき事項」欄にできるだけ詳細に記入してください。
- X線検査をした場合は、所見を図示してください。
- 診断書の有効期間は1ヵ月**ですから、作成年月日を必ず記入してください。
- 対象疾病、対象疾病の主なものと標準的な検査項目及び記入事項は、次のとおりです。

対象疾病	対象疾病の主なもの	手当支給 限度期間	標準的な検査項目及び記入事項
1 造血機能障害を伴う疾病	(イ) 再生不良性貧血 (ロ) 鉄欠乏性貧血 (ハ) 貧血(再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血を除く)	(イ)なし (ロ)3年 (ハ)5年	①理学的所見②末梢血液一般検査(血色素量、赤血球数、白血球数、血清鉄、血小板数など)②薬剤投与の有無と種類 ☆再生不良性貧血の場合〔骨髓検査所見〕
2 肝臓機能障害を伴う疾病	肝硬変、慢性肝炎 (アルコール性・ウイルス性のものは除く)	なし	①理学的検査所見②血清総蛋白③A/G比④総ビリルビン⑤AST⑥ALT⑦γ-GTP⑧LDH⑨ALP ⑩ZTT⑪HBS抗原⑫HCV抗体
3 細胞増殖機能障害を伴う疾病	悪性新生物	なし	①理学的検査所見(臨床所見)②組織病理診断③X線検査所見④内視鏡検査所見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骨髓検査所見〕
4 内分泌腺機能障害を伴う疾病	(イ) 甲状腺機能亢進症 (ロ) 糖尿病、甲状腺機能低下症	(イ)5年 (ロ)なし	①理学的検査所見(臨床所見)②内分泌機能検査所見 ☆糖尿病の場合〔①尿糖②空腹時血糖③糖負荷試験又はHbA1c〕 ☆甲状腺疾患の場合〔①基礎代謝検査所見②T ₃ 、T ₄ 、TSH③理学的検査所見(臨床所見)④抗甲状腺剤等投与の有無〕
5 脳血管障害を伴う疾病	くも膜下出血、脳出血、脳梗塞	なし	①理学的検査所見②血圧③神経機能検査所見④発症の期日⑤眼底検査所見(できれば)⑥CT又はMRI
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	なし	①理学的検査所見②血圧③心電図所見④胸部X線検査所見(心胸比を含む)⑤血清検査所見(総コレステロール、中性脂肪、HDLなど)⑥眼底検査所見(できれば)
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	なし	①理学的検査所見②尿検査所見③血清検査所見(総蛋白、A/G比、尿素窒素、クレアチニンなど)④血圧⑤眼底検査所見(できれば)
8 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病	白内障のみ	5年	①水晶体混濁の性状②視力③手術の期日及び経過
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	なし	①理学的検査所見(臨床所見)②胸部X線検査所見③肺活量④一秒率
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	なし	①運動器X線検査所見②理学的検査所見(臨床所見可動域等)③日常生活における支障の程度④骨密度測定(できれば)
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	3年	①理学的検査所見②腹部(胃、十二指腸)X線検査所見③内視鏡検査所見④手術の期日及び経過