

(表 面)
診 断 書(健康管理手当・新規用)

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--------------------|------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------|------------------|--|
| 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 | 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 | | | | | | | | | | |
| ※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 | | | | | | | | | |
| ※3 現 症 | 腹 部 | | | | | | | | | |
| | 運 動 器 | | | | | | | | | |
| 臨 床 病 理 学 的 検 査 | 血液検査 年 月 日 | (末梢血液) | | | | | | | | |
| | | 血色素量 | 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 ⁴ /mm ³ | | | |
| | | 血清鉄 | mg/dl | 血清カルシウム | mg/dl | | | | | |
| | | (骨 髄) | | | | | | | | |
| | 肝機能検査 年 月 日 | 血清総蛋白 | g/dl | A S T | 単位 | γ-GTP | 単位 | | | |
| | | A/G比 | | A L T | 単位 | | | | | |
| | | ビリルビン | mg/dl | L D H | 単位 | 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 | 後60分 | 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 検 査 | X線検査 (年 月 日) | 胸部(年 月 日) | | 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) | | | (部位名) | | | | | | | |
| 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及び治療状況、投薬状況等 | | | | | | | | | | |
| 以上のとおり、診断します。 | | | | 医療機関の名称 所在地 医師氏名 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | |

(裏 面)

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 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。
 - (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。)
 - (2) 肝臓機能障害を伴う疾病
(肝硬変がその主なものです。)
 - (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。)
 - (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。)
 - (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。)
 - (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。)
 - (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。)
 - (8) 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病（白内障のことです。)
 - (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。)
 - (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。)
 - (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。)
- 3 ※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詳細に記入してください。

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。