

**記入要領 ※必ず医師の方にお渡しください。**

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	
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称	11の障害類型のいずれかに該当する疾病でなければ認定対象になりませんので、			
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	原爆の影響がないことが明らかである場合は、認定対象となりません。影響がないことが明らかとまでは言えない場合は、この欄は空欄で差し支えありません。			
※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 腹部 運動器			
※3 現 臨床病理学的検査	「※2の欄の疾病にかかる病状が固定化しているかどうかについての意見」は、おおむね5年を超える継続治療を必要とする場合に「1固定化している」を選択し、それ以外の場合は「2固定化していない」を選択し、治療を要する期間をかつこ内に必ず記入してください。併せて1・2どちらを選択した場合も、「1固定化している」の横の余白に、今後の見込みとして『 <b>良化見込み</b> 』か『 <b>悪化見込み</b> 』かを記入してください。			
	血液検査	年 月 日		
	血 清	鉄	mg/dl	
	血 清	カルシウム	mg/dl	
	有核細胞数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	巨核球数	/mm <sup>3</sup>
	リンパ球	%	E/M	
	肝機能検査	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	混 濁	蛋 白	1 陽 性 2 陰 性
	年 月 日	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)			
基 礎 代 謝 検 査 (年 月 日)				
血 糖 測 定 (年 月 日)	空腹時	mg/dl		
肺 機 能 検 査 (年 月 日)	肺活量			
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 其 他 的 検 査	X線検査	胸部 (年 月 日)	腹部 (年 月 日)	
	心電図 (年 月 日)	ST変化	T変化	
	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		
	神経 (年 月 日)			
その他特記すべき事項及び治療状況、投薬状況等	現在の治療内容、具体的な投薬名や量、通院状況(頻度)、手術(予定含む)等必ず記入してください。手当の支給期間に影響することがありますので、症状の重さを示す特記事項がある場合は、忘れずに記入してください。紙幅が不足する場合はおそれいりますが、「別紙のとおり」(様式任意)として作成いただいて差し支えありません。			
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	ご不明な点は、下記へお問い合わせください。 埼玉県保健医療部疾病対策課指定難病対策担当 電話 048-830-3583		
年 月 日				