固形がん等の悪性新生物を申請疾病とする場合

	申請者氏名	
	申請疾病名	
上記の「	申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の理	現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しま
した。		
0	i	令和 年 月 日
	· · · 医療機関	: 名
	□ : 医療機関	· 前所在地
	■ 医師氏名	
		···-·
		書類が添付されていない場合の理由等
申請に	 添付書類の有無	 「なし」の場合は理由をお書きください。
必要な	<u>(必ずどちらかに○)</u>	(他の医療機関で実施又は保管
書類		している場合は、その医療機関名・主治医名)
現病	歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)	
	あり・なし	
	899 · 12 C	
② 診断机	根拠が分かる書類 (検査報告書)	
(ア)病	理組織検査	
	 あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
	めり、なし(水光旭・天旭したが報音音なし)	
(イ) 画	像診断等 [※] ※内視鏡検査、CT、PET、MR	I、骨シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 血	液検査(腫瘍マーカー**等) ※前立腺がんの	D場合は、治療前・後の PSA 値
	 あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
	めり・なし(不夫旭・天旭したが報日音なし)	
3)治療 2	内容が分かる書類(手術、内視鏡治療、放射線)	台療、化学療法、ホルモン療法等 [※])
		※化学療法、ホルモン療法については、薬剤名も
(ア) 診	断確定後の治療	
	 あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
	あり、よび(水光池 天池 じたが 中間 はじ)	
(イ) 現	在の治療	
	より シン(ナウザ ウザ) とぶ却仕事シン)	
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
① 生活图	歴、職業歴、喫煙歴、飲酒歴等発がんに影響を及	及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類
(危険	因子が有る場合は、内容、状況等が分かる書類	(サマリー等))
	あり・なし	
	() , .a. C	

白血病等(リンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物)を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

	申請者氏名						
	申請疾病名						
上記の	ーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーー	るため	の書類	<u>ー</u> gの有無を	と以下の通	り確認しま	
した。	令和 医療機関名 医療機関所在地 医師氏名	年	- 月	日			<u>.</u> .
申請に 必要な 書類 Î) 現病	添付書類の有無 <u>(必ずどちらかに〇)</u> j歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)	<u>「な</u> (他	し」の の医療	場合は理解機関で		きください 呆管してい	
<i>J</i> J L //··	あり・なし						
2) 診断	根拠が分かる書類(検査報告書)	1					
(ア) 背	骨髄像・骨髄生検・リンパ節生検						
	骨髄像:あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 骨髄生検:あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) リンパ節生検:あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						
(1) 5	フロサイトメトリー (FCM)・染色体検査・遺伝子検査						
	FCM: あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 染色体検査: あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 遺伝子検査: あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						
	その他診断に結びつく検査(複数回の末梢血血算値、M蛋白、免疫 アプター、HTLV-1抗体、画像診断(悪性リンパ腫)等)	安グロブ	ブリン	、可溶性	ミインター	ロイキン2	レ
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						
	確定後および現在の治療内容が分かる書類* 学療法、ホルモン療法については、薬剤名も 輸血については頻度	度も					

あり・なし (未実施・実施したが報告書なし)

副甲状腺機能亢進症を申請疾病とする場合

	申請者氏名						
	申請疾病名						
上記のした。	申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見	しを補足す	るため	かの書類	ー 頁の有無を以 [*]	下の通り確認し	ま
0,20	医療機関名 医療機関所在地 医師氏名	令和	年	月 月 	日		
申請に 必要な 書類	添付書類の有無 <u>(必ずどちらかに〇)</u>	<u>「なし</u> (他の[」 の場 医療機	合は理 関で実	かない場合の 担由をお書き E施又は保管 治医名)		- よ、そ
 現病歷 	をが分かる書類(紹介状、サマリー等) 「	1					
	あり・なし						
2 診断机							
(ア) 治	療前・後の自覚症状の有無(カルテ等)						
	あり・なし						
(イ) 骨	粗しょう症、結石等の他覚症状の有無(検査報告等)	•					
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						
, , ,	ンタクトPTH、血清Ca、P、BUN、Cr、eGF を行った場合は、術前および術後	F R値の約	圣時的	推移			
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						
(エ) 画	像診断* ※超音波、CT、シンチグラフィ等で所見に	関する画	「像の」	頁を含む	to		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						
(オ) 手	術、病理組織検査	•					
	手術:あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 病理:あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						
③ 現在の	り治療の具体的内容が分かる書類						
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)						

心筋梗塞を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名

申請疾病名					
上記の	の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現績	症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しま			
した。					
申請に 必要な 書類		書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)			
© 90/11					
	あり・なし				
② 診断	「根拠が分かる書類(検査報告書等)				
(ア) 心	心電図(急性期のものが望ましい)				
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)				
(イ) ト	トロポニン、CK-MB等の血液検査(急性期のも	のが望ましい)			
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)				
(ウ) 元	五 冠動脈造影、左室造影				
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)				
(工) 直	⊥ 画像診断等* ※心臓超音波、心筋シンチグラフィ等	で所見に関する画像の頁を含む			
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)				
(才) 記	□ 冠動脈バイパス手術、経皮的冠動脈形成術等の実施	記録			
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)				
③ 現在	Eの治療の具体的内容が分かる書類(抗血小板薬等の)薬剤名等)			
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)				
④ 既往歴、生活歴、喫煙歴等心筋梗塞の発症に影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類(危険因子が有る場合は、内容、状況等が分かる書類(サマリー等))					
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)				

甲状腺機能低下症
を申請疾病とする場合

	申請者氏名							
	申請疾病名							
上記の	申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見る	上補足	するたる	めの書類	質の有無	₹を以下の	通り確認	しま
した。	F							
	į	令和	年	月	日			
	医療機関名							i
	医療機関所在地							
	<u> </u>							
		書類	が添付	されて	いない	 場合の理I	 由等	
申請に	添付書類の有無					お書きく		
必要な 書類	<u>(必ずどちらかに○)</u>	(他	の医療	機関で	実施又	は保管し	ている場	合は、
		そ	の医療	機関名	・主治	医名)		
 現病歷 	をが分かる書類(紹介状、サマリー等) 「	1						
	あり・なし							
2 診断相	- 艮拠が分かる書類(検査報告書等)							
(ア)治	療前・後の臨床症状の推移及び診断治療に至った医師の	意見						
	治療前の臨床症状が分かる記録:あり・なし							
	治療後の臨床症状が分かる記録:あり・なし							
	診断・治療に至った医師の意見:あり・なし							
	療前・後の甲状腺関連ホルモン値(TSH、FT4)の					,		
※必ず	基準値を明記すること、複数回測定している治療前のT	S H値	[はすべ	で提示	するこ	<u>ك</u>		
	治療前:あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 治療後:あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)							
(占) 培	TPO抗体及び抗サイログロブリン抗体							
(7) 1)								
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)							
(工) 甲	状腺超音波検査(所見に関する画像の頁を含む) 「							
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)							
③ 現在の	ご治療の具体的内容が分かる書類(薬剤名および投薬量が	マイ:	クログ	ラム単位	立で分れ	いる書類)		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)							
④ 甲状腺	泉を含む手術歴や放射線治療等の既往歴があれば、それに	つい	ての記記	載・書類	質			
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)							

慢性肝炎・肝硬変を申請疾病とする場合

	申請者氏名	<u> </u>
	申請疾病名	<u> </u>
上記の)申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の	現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しま
した。	F	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	令和 年 月 日 関名
	医療機能	関所在地
	! 医師氏』	名
		- 書類が添付されていない場合の理由等
申請に	 添付書類の有無	「なし」の場合は理由をお書きください。
必要な 書類	<u>(必ずどちらかにO)</u>	(他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関を主治医名)
〕現病		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
2) 診断	根拠が分かる書類(検査報告書等)	
(ア) ワ	ウイルスマーカー、その他原因検索として行った	と検査(自己抗体、γグロブリン等)
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 月	于機能検査(AST(GOT)/ALT(GPT)/A	Alb/γ-GTP等、最近1年以上の推移を含む)
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 匪	画像診断(超音波、CT等)(所見に関する画像	の頁を含む)
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(工) 月	〒生検を行った場合は、病理組織検査	
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在	の治療の具体的内容が分かる書類(抗ウイルス	薬等の薬剤名、投与状況等)
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
	L歴、手術歴等の治療歴、肥満(BMI)、飲酒歴 肝硬変の発生に影響を及ぼす可能性のある危険	医(飲酒量及び年数)、糖尿病等の生活歴、薬剤性その他慢性肝 因子の分かる書類
	あり・なし	

放射線白内障(加齢性白内障を除く)を申請疾病とする場合

	申請者氏名	
	申請疾病名	
上記の	申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所	見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しま
した。	·	
	į.	令和 年 月 日
	医療機関名	
	医療機関所在地	<u>也</u>
		:
		書類が添付されていない場合の理由等
申請に	添付書類の有無	「なし」の場合は理由をお書きください。
必要な	(必ずどちらかに〇)	(他の医療機関で実施又は保管している場合は、その
書類		医療機関名・主治医名)
① 病歴か	が分かる書類(初診時カルテ及び申請時カルテ) ※社	見力の推移を確認できること
	あり・なし	
2 診断机	R拠が分かる書類(検査報告書等)	
(ア) 視	力(現在の裸眼視力、矯正視力及び屈折等)	
%	眼内レンズ挿入術後は、 <u>術前・術後の検査結果</u>	
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) オ	」 X晶体の混濁位置(細隙灯顕微鏡検査の写真又はスケッ	l ツチ等)
(;	後嚢下混濁を認める場合は、当該箇所に焦点を当てる	こと) ※眼内レンズ挿入術後は、術前の検査結果
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 眼	底所見(写真又はスケッチ等) ※眼内レンズ挿入術行	・ 後は、 <u>術後の検査結果</u>
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(工) 光	干渉断層計(OCT)所見 ※眼内レンズ挿入術後は、	術後の検査結果
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(オ) 生	活機能障害の程度に関する医師の意見(例:買い物が	ぶできない等)
	あり・なし	
3 現在の	D治療の具体的内容が分かる書類、具体的な手術予定	日が分かる書類
※手術	f予定がない場合は、その理由が分かる書類(カルテ等	等) も添付すること
	あり・なし	
 ④ 白内障	章の危険因子*の内容、状況が分かる書類 ※糖尿病	、副甲状腺機能亢進症等の罹患歴、ステロイド治療歴等
	あり・なし	

その他の疾患を申請疾病とする場合

	申請者氏名	
	申請疾病名	
上記の	の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の野	見症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しま
した。		
	· 医療機関 · 医療機関 · 医師氏名	所在地
申請に 必要な 書類	添付書類の有無 <u>(必ずどちらかに〇)</u>	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
	歴が分かる書類(紹介状、サマリー等) Eの臨床症状(現症)が確認できること	
	あり・なし	
② 診断	根拠が分かる書類(検査報告書等)	
(ア) 』	血液検査	
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 匪	・ 画像診断(超音波、CT、MRI等で所見に関す _・	る画像の頁を含む)
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 狙	, 病理診断	
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(工) ~	その他検査結果等書(例:ケロイド・瘢痕の臨床4	写真等)
	あり・なし	
3 現在	の治療の具体的内容が分かる書類	
	あり・なし	

◎「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに ○をご記入下さい。

- ◎「書類が添付されていない場合の理由等」欄
 - (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入くださいますようお願いいたします。
 - (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

各疾病別一覧表の裏面として、 両面印刷にてご使用ください