

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		5	脳血管障害		9	呼吸器機能障害			
	2	肝臓機能障害		6	循環器機能障害		10	運動器機能障害			
	3	細胞増殖機能障害		7	腎臓機能障害		11	潰瘍による消化器機能障害			
	4	内分泌線機能障害		8	水晶体混濁による視機能障害						
※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 現症	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 年月日	(末梢血液)								
			血色素量	g/dl	赤血球数	×10 ³ /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			μg/dl	血清カルシウム				mg/dl
			(骨髄)								
			有核細胞数	×10 ³ /mm ³	巨核球数	/mm ³	リンパ球	%	E/M		
		肝機能検査 年月日	血清総蛋白	g/dl	A S T		IU/ℓ	γ-GTP		IU/ℓ	
			A/G比		A L T		IU/ℓ				
			ビリルビン	mg/dl	L D H		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)	P S P (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		
						mg/dl	mg/dl	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)									
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 年 月 日	にし特記すべき事項									
神経機能検査 (年月日)		四肢の麻痺	しひ	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 (その他検査・治療内容等)											
以下のとおり、診断します。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師氏名											

<記載上の注意>

- 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、対象疾病は下記の表に掲げるものです。
- 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しく記入してください。
- 4
- 検査成績は、診断書作成日前3ヶ月以内のものに限ります。3ヶ月以内の検査成績がほぼ正常値の場合は、過去の重かった時点のデータを()書するととも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」に記入して下さい。
- 5
- 疾病名は外国語を用いても差し支えありません。
- 6
- 心臓のX線所見、心電図成績または理学的所見上著変が認められない心疾患(循環機能障害)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。

(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。

対象疾病と最小限必要な検査項目

	対象疾病	疾病の例示	支給期間	検査項目例示
1	造血機能障害を伴う疾病	鉄欠乏性貧血	3	末梢血検査、鉄動態検査
		再生不良性貧血	無期限	末梢血検査、できれば骨髄穿刺所見 白血球の分類
		上記以外の貧血	5	末梢血検査、出血時間、凝固時間 (特記すべき事項欄に記載)
2	肝機能障害を伴う疾病	肝硬変、慢性肝炎 (アルコール性を除く)	無期限	肝機能検査項目2つ以上 (同系列でないもの)
3	細胞増殖機能障害を伴う疾病	悪性新生物、造血組織 及び淋巴組織の新生物	無期限	良性、悪性の別、現症所見(摘出術を行 った場合はその日時、経過など)
4	内分泌腺機能障害を伴う疾病	糖尿病 尿崩症、青銅糖尿及び 腎性糖尿病を除く	無期限	尿糖検査、血糖値、できれば眼底所見 またはヘモグロビンA1c
		甲状腺機能低下症	無期限	基礎代謝検査所見、T ₃ 、T ₄ 、freeT ₄ 、TSH 等内分泌検査、理学的検査所見、甲状腺 剤等投与の有無
		甲状腺機能亢進症	5	
5	脳血管障害を伴う疾病	くも膜下出血、脳出血、 脳梗塞	無期限	血圧値、発作時期、神経機能検査、特記す べき事項欄に病態記載、できれば眼底所見
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	無期限	胸部X線所見(心臓比を含む)、血圧値、 心電図所見、動脈硬化性心疾患の場合は できるだけ総コレステロール値と眼底所見 、降圧剤投与の有無
7	腎臓機能障害を伴う疾病	慢性腎炎、ネフローゼ症 候群、慢性腎不全、慢性 糸球体腎炎	無期限	尿検査(できれば沈渣も)、腎機能検査(P SP濃縮試験)、総蛋白、A/G比、尿素 窒素、クレアチニン等、理学的検査所見
8	水晶体混濁による視機 能障害を伴う疾病	白内障(先天性、糖尿病性を除く)	5	眼科学的検査、手術の期日
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(急性又は詳細不 明の間質肺炎を除く)	無期限	胸部X線所見、理学的検査所見、肺機能 検査
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、骨粗鬆症(運動機能障 害を伴うものに限る)	無期限	運動器X線所見、理学的検査所見、できれ ば血清カルシウム
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、 潰瘍性大腸炎	3	腹部X線所見、糞便潜血反応、内視鏡検 査(腹部X線で不十分な場合)