


(表面)  
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 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 じん臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害	9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害				
※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)						
理 学 的 検 査	心 音						
	肺 野						
臨 床 病 理 学 的 検 査	腹 部						
	運 動 器						
※3 現 症	血 液 検 査	(末梢血液)					
		血色素量	g/dl	赤血球数	$\times 10^3/\text{mm}^3$		
		網赤血球	%	白血球数	/mm <sup>3</sup>		
		血小板数	$\times 10^3/\text{mm}^3$	病的細胞	%		
	血 清 鉄	$\mu\text{g/dl}$	血清カルシウム	mg/dl			
	年 月 日	(骨髓)					
		有核細胞数	$\times 10^3/\text{mm}^3$	巨核球数	/mm <sup>3</sup>		
		リンパ球	%	E/M			
	肝 臓 検 査	血清総蛋白	g/dl	AST	IU/l	$\gamma$ -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	混 濁					
		糖	1 陽性	2 陰性	たん 蛋 白	1 陽性 2 陰性	
症	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
	じん臓機能検査(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	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)	腹部(年月日)		運動器(年月日)	
		(肺又は心臓)					
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		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 經 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 特 記 す べ き 事 項							
以上のとおり、診断します。 平成 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。

(日本工業規格A列4番)

**記入上の注意**

- 1 当該疾病が原子爆弾の影響によるものでないことが明らかである場合（伝染病、薬物・毒物による中毒を原因とする疾病、遺伝性疾病、先天性疾病等の場合）は健康管理手当は支給されません。
- 2 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 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（ ）書すると共に現在治療の結果軽快しただけなお要治療（または要経過観察）である旨及び治療内容等を記入してください。
- 4 疾病名は外国語を用いられて差し支えありません。
- 5 心臓のX線所見、心電図成績または理学的検査所見上顕著変が認められない心疾患（循環器機能障害）については、他覚的所見（浮腫）など参考となる事項を記入してください。
- 6 「今後医療を必要とする期間」は具体的に3年、5年など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。
- 7 診断書の有効期間は1ヶ月ですから作成年月日を必ず記入してください。
- 8 この診断書は健康管理手当の認定について、厚生労働省令で定める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、「疾病にかかっている」とは、その疾病について、治療を要する状態にある場合のほか、投薬などによって病状が軽快し、現在治療は行っていないが、再発のおそれがあるため経過観察をしているもの、あるいは、日常生活において食事運動などについての療養指導を要するものなど医師の医学管理の下におかれている状態も含まれます。
- 9 この様式で記入欄がない検査項目や手術歴等については、「その他の特記すべき事項」の欄に記入してください。

(参 考)

**対象疾病の例と必要な検査項目 健康管理手当用**

障害の種類	主な疾病名	期間	検査項目（所見）
1 造血機能障害 (妊娠貧血を除く)	貧血症	3年	1 赤血球数 2 血色素量 3 白血球数 (注) 再生不良貧血の場合は白血球の分類 白血球数 必要と認められる諸検査及び病態記載
	5年	終身	
	鉄欠乏性貧血	終身	
	再生不良性貧血	終身	
	白血球減少症	終身	
	白血球及び類縁症、顆粒球減少症等	終身	1 血小板数 2 出血時間凝固時間 3 できればヘマトクリット
	出血性素因、紫斑病、血小板減症等	終身	1 赤血球 2 血漿量 3 白血球数
	多血症等	終身	記載検査項目の2つ以上（同系統でないもの）
2 肝臓機能障害	肝硬変、慢性肝障害など（アルコール性を除く）	終身	1 良性、悪性の別 2 現症所見（摘出を行った場合はその日時経過など）
3 細胞増殖機能障害	悪性新生物	終身	1 尿糖検査 2 血漿量 3 白血球数
4 内分泌腺機能障害	糖尿病等の腺臓内分泌機能異常	終身	1 131. 基礎代謝トリオゾールの1つ以上を記載 必要と認められる諸検査及び病態記載
	甲状腺機能異常等 甲状腺機能低下症	終身	
	甲状腺機能亢進症	5年	
	著しい月経異常、不妊症等卵巣機能異常、無精子症、乏精子症等の睾丸機能異常	終身	
5 脳血管障害	脳出血、くも膜下出血、脳梗塞	終身	1 神経機能検査 4 できれば眼底所見
6 循環器機能障害	高血圧性心疾患 慢性虚血性心疾患、心不全等	終身	1 心臓図（心レ線所見） 2 血圧値 3 心電図所見 4 動脈硬化性の場合はできるだけ総コレステロールと眼底所見
7 腎臓機能障害	慢性腎炎、ネフローゼ症候群等 慢性腎不全、慢性糸球体腎炎	終身	1 腎機能検査項目の1つ以上 2 尿検査
8 水晶体混濁による視機能障害	白内障（先天性を除く）に限る	5年	1 眼科学的諸検査
9 呼吸器機能障害	肺気腫、肺線維症 慢性間質性肺炎等 (急性または詳細不明の間質性肺炎を除く)	終身	肺活量等必要検査及び病態記載
10 運動器機能障害	変形性関節症、変形性脊椎症 骨粗しょう症（運動器機能障害を伴わないものを除く）	終身	必要と認められる諸検査及び病態記載
11 潰瘍による消化器機能障害	胃潰瘍、十二指腸潰瘍等	3年	1 糞便潜血反応検査 2 内視鏡検査