

記入要領※必ず医師の方にお渡してください。

(表 面)

診 断 書 (健康管理手当・継続用)

氏 名	明治・大正・昭和 年 月 日	男 ・ 女
居 住 地		
原子爆弾被爆者に対する 援護に関する法律第27条 第2項の認定に係る障害 の種類 (*1)	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 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器	
上記(*1)の障害を伴 う疾病の名称 (*2)	「*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」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 かっこ内に必ず記入してください。	
上記(*2)の疾病に係 る病状が固定化してい るかかどうかについての意見 (*3)	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)	
上記(*2)及び(*3) の疾病の状態と判断す るに足る所見・データ、現 在の治療状況、投薬状況 等及び今後の治療方針等	この欄に、 ●疾病の状態と判断するに足る所見、データ(検査情報等) ●手術の有無、手術内容、実施時期、再発の有無等 ●現在の治療状況(通院頻度等を含む) ●現在の投薬状況(具体的な薬名、量) ●今後の治療方針(継続治療の要否、内容) など 必ず記入してください。	
以上のとおり、診断します。		
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うえ、記入

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