

記入要領 ※必ず医師の方にお渡しください。

氏 名	明治 大正 年 月 日生	男・女
居 住 地		

※1 障害の種類	1 造血機能障害      4 内分泌腺機能障害      7 腎臓機能障害      10 運動器機能障害 2 肝臓機能障害      5 脳血管障害      8 水晶体混濁による視機能障害      11 潰瘍による消化器機能障害 3 細胞増殖機能障害      6 循環器機能障害      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、該当しない場合を除き、○の付け忘れ、疾病名の記入漏れに御注意ください。

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)

「※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。

※3 現 臨床病理学的検査	理学検査	心音 肺野 腹部 運動器								
	血液検査	(末梢血液)	血色素量	g/dl	赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	網赤血球	%	白血球数	/mm <sup>3</sup>
		年	顆粒球数	/mm <sup>3</sup>	病的細胞	%	血小板数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		
		月 日	血清鉄	mg/dl	血清カルシウム	mg/dl				
	肝機能検査	(骨髄)	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	
		年	血清総蛋白	g/dl	A S T	単位	γ-GTP	単位		
		月 日	A/G比		A L T	単位				
	尿検査	ヘモグロビンA1c	%							
		年 月 日	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						
		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		
	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)										
その他検査	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)	(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( )			
		水し	水晶体混濁の性状							
神経	(年 月 日)									

すべての検査をしなければならないわけではありません。健康管理手当の対象となる様々な疾病について網羅的な様式となっていますので、※2の欄に記入した具体的な疾病を診断するために通常必要な検査の結果を記入していただければ結構です。

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。

年 月 日

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