

診断書(健康管理手当用)

氏名	明治大正昭和	年 月 日生	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 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

※2 上記の障害を伴う疾病の名称

上欄の疾病が、伝染病、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か場合は等は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	
	腹部	
	運動器	

臨床検査	(年 月 日)	末梢血液	血色素量	g/dl	赤血球数	⁴ / ₃	網赤血球	0/00	白血球数	³ /mm	顆粒球数	³ /mm
		骨髄	病的細胞	%	血小板数	⁴ / ₃	血清鉄	ug/dl	血清カルシウム			
		有核細胞数	⁴ / ₃	巨核球数	³ /mm	リンパ球	%	E/M				

※3 病理学検査	(年 月 日)	肝機能検査	血清総蛋白	g/dl	AST	IU/l	γ-GTP	IU/l	HBS抗原	+ -		
			A/G比		ALT	IU/l	ICG(15分値)	%	HCV抗体	+ -		
			ビリルビン	mg/dl	LDH	IU/l						

尿検査	(年 月 日)	混濁		蛋白	1 陽性 2 陰性	糞便潜血反応検査	(年 月 日)	(法)	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				

腎機能検査	(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)		(年 月 日)	(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	ヘモグロビンA1c	%
------	-----------	-----	-------	-------	-------	-----	------	-------	-----------	---

組織病理診断	(年 月 日)	(組織名)									
--------	-----------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

肺機能検査	(年 月 日)	肺活量	CC	一秒率	%	血圧測定	(年 月 日)	最大	mmHg	最小	mmHg
-------	-----------	-----	----	-----	---	------	-----------	----	------	----	------

その他	X(図線及び検査)	胸部 (年 月 日)	腹部 (年 月 日)	運動器 (年 月 日)
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>心胸比</p> </div> </div>		

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)	(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			
		水晶体混濁の発生に関し特記すべき事項			

神経機能検査	(年 月 日)	四肢の麻痺	1 有 2 無	言語障害	1 有 2 無	その他(脳出血時期)	(年 月 日)
--------	-----------	-------	---------	------	---------	--------------	-----------

その他特記すべき事項及び治療状況

以上のおり診断します。
令和 年 月 日

医療機関の名称
所在地
医師氏名
電話 () -

甲た病状だ腺しの機、固能鉄定亢欠化と進乏とは、貧、白血、その内、の障潰疾に瘍病つにのいつ治てい療はてに5は5年3年が年上支、上給貧の期定(間欠を要の乏する上性もとの血を、再言います。貧血は除く)、

記入上の注意

- 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。
- 健康管理手当に係る障害は、通例、日常生活においてなんらかの支障を生じる程度のものであり、主な対象疾病は10の表に掲げるものです。なお、疾病名は外国語を用いられて差し支えありません。
 - ※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くわしく記入してください。
 - 記入検査成績は、おおむね診断書作成日前**3ヶ月以内**のものです。
 - 診断書に記入された疾病について、治療中であればその治療の状況をできるだけ詳細に「その他特記すべき事項及び症状・治療状況」欄に記入してください。
 - 検査成績がほぼ正常値の場合は、過去の異常値及び検査年月日を()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及び治療状況」欄に記入してください。
 - 心臓のX線所見、心電図成績または理学的検査所見上著変が認められない心疾患(循環器機能障害)については、自覚症状、他覚的所見(例えば乳腫)など参考となる事項を「その他特記すべき事項及び治療状況」欄に記入してください。
 - X線検査をした場合は、所見を検査欄に図示してください。(心胸比)
 - 心電図所見は、誘導別等できるだけ具体的に記入してください。
 - 検査項目及び記入事項は、下の表を参考にしてください。

障害の種類・主な対象疾病	検査項目及び記入事項
1 造血機能障害を伴う疾病 再生不良性貧血 (注1)鉄欠乏性貧血 (注2)貧血症 など	① 理学的検査所見 ② 血色素量 ③ 赤血球数 ④ 白血球数 ⑤ 血小板数 ⑥ 網状赤血球数 ⑦ 血清鉄 ⑧ 白血球の分類 ⑨ ヘマトクリット ⑩ 治療状況
2 肝臓機能障害を伴う疾病 慢性肝炎 肝硬変 など (アルコール性, ウイルス 性のものは除く)	① 理学的検査所見 ② 血清総蛋白 ③ A/G比 ④ 総ビリルビン ⑤ GOT ⑥ GPT ⑦ LDH ⑧ アルカリフォスファターゼ ⑨ ZTT ⑩ HBS抗原 ⑪ HCV抗体 ⑫ 治療状況
3 細胞増殖機能障害を伴う疾病 [悪性新生物 など]	① 理学的検査所見 ② 組織病理診断 ③ X線検査所見 ④ 内視鏡検査所見 ⑤ 手術の有無(手術の期日) ⑥ 末梢血所見 ⑦ 血液像 ⑧ 骨髄検査所見 ⑨ 治療状況
4 内分泌腺機能障害を伴う疾病 糖尿病 甲状腺機能低下症 (注2)甲状腺機能亢進症 など	① 理学的検査所見 ② 内分泌機能検査所見 ☆ 糖尿病の場合 ① 尿糖 ② 空腹時血糖 ③ HbA1c ④ 治療状況 ⑤ 必要に応じて75g糖負荷試験 ☆ 甲状腺疾患の場合 ① 理学的検査所見 ② TSH ③ フリーT3 ④ フリーT4 ⑤ 抗甲状腺剤投与の有無 ⑥ 治療状況
5 脳血管障害を伴う疾病 (くも膜下出血 脳出血 脳梗塞 など)	① 理学的検査所見 ② 血圧 ③ 神経機能検査所見 ④ 発症の期日 ⑤ CT又はMRI ⑥ 治療状況
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 など)	① 理学的検査所見 ② 血圧 ③ 胸部X線検査所見(心胸比を含む) ④ 心電図 ⑤ 生化学検査所見(T-cho, HDL-C, TGなど) ⑥ 必要があれば心臓超音波検査所見 ⑦ 治療状況
7 腎臓機能障害を伴う疾病 慢性腎炎 慢性腎不全 慢性糸球体腎炎 ネフローゼ症候群 など	① 理学的検査所見 ② 尿検査所見及び尿蛋白定量検査所見 ③ 血清検査所見(総蛋白, A/G比, 尿素窒素, クレアチニンなど) ④ 血圧 ⑤ できればPSP(15分値)又はクレアチニンクリアランス(CCr) ⑥ できれば眼底検査所見 ⑦ 治療状況
8 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病 [(注2) 白内障のみ]	① 水晶体混濁の有無及び性状(細隙燈顕微鏡所見等) ② 視力(※裸眼視力及び矯正視力)
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 など	① 理学的検査所見 ② 胸部X線検査所見又は胸部CT検査所見 ③ 肺活量(%VC) ④ 一秒率 ⑤ PaO ₂ 又はSpO ₂ ⑥ 治療状況
10 運動器機能障害を伴う疾病 変形性脊椎症 変形性関節症 骨粗しょう症 など	① 日常生活における支障の程度 ② 理学的検査所見 ③ 運動器X線検査所見(※ X線所見を図示してください。) ④ 治療状況
11 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病(注1) 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 など (癒痕, 変形は除く)	① 理学的検査所見 ② 腹部(胃, 十二指腸)X線検査所見 ③ 内視鏡検査所見 ④ 手術の期日 ⑤ 治療状況

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。

<支給認定期間の上限について>

(注1)の疾病は3年、(注2)の疾病は5年が支給認定期間の上限となります。それ以外の疾病は、病状が固定化(5年以上の治療を要するもの)しているものは、支給認定期間を終身とし、病状が固定化していないものは、支給認定期間をその疾病の治療を要する期間とします。