原爆症認定申請時における意見書

様式第六号（第十二条関係）

意　　見　　書

原子爆弾の傷害作用に起因して負傷し、又は疾病にかかり、現に医療を要する状態にあると考えられる疾病等の傷病名記載してください。（判読が困難であったり、他の傷病名と誤読することのないよう正確に記入して下さい。疾病、傷害及び死因分類（ICD－10（2003年版）準拠）や医学界で通常用いられている傷病名を記入し、略語やあまり使用されていない医学用語は避けて下さい。）

負傷又は疾病の名称		被爆者健康手帳の番号		被爆者の氏名及び生年月日	
既往症（※1）					
現症所見（※2）					
当該負傷又は疾病に関する原子爆弾の放射線起因性等についての医師の意見及びその理由（※3）					
必要な医療の内容及び期間（※4）	内容	期間	（入院） （通院）		

現病歴や診断根拠、治療内容等について記入するとともに、内容を確認できる書類を添付してください。（申請疾病ごとに必要な書類が異なります。）

放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。
<u>不明な場合には、空欄にしてください。</u>

申請疾病等に対する手術を実施している場合は、当該手術の施行年月日及び術式名を記入してください。申請時点では、手術を実施していない場合であっても、将来的に手術を予定し又は検討している場合は、その手術の予定時期及び術式名を記入してください。

（※1）過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。

（※2）現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。

（※3）放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。

（※4）可能な限り詳細に記入してください。