

診 断 書 (被爆身体障害者福祉手当＜瘢痕＞用)

氏 名				明 治 大 正 昭 和	年 月 日 生	男 ・ 女	
居 住 地	広 島 市	区	町	丁目	番 地	号	
※ 1 露 出 部 位 の 瘢 痕 に つ い て の 所 見	瘢 痕 部 位 下の図の番号 を記入のこと	種 類	大 き さ 線状痕の場合は長さ を記入のこと	瘢 痕 の 状 態 色素沈着・脱色 肥厚・萎縮・ケロイド 拘縮・その他			備 考
		1 熱傷瘢痕 2 外傷瘢痕	1 自己の手のひら大以上 2 野球ボール大以上 3 鶏 卵 大以上 4 1/2 以上 5 1/3 以上 6 その他 () 7 cm	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
		1 熱傷瘢痕 2 外傷瘢痕	1 自己の手のひら大以上 2 野球ボール大以上 3 鶏 卵 大以上 4 1/2 以上 5 1/3 以上 6 その他 () 7 cm	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
		1 熱傷瘢痕 2 外傷瘢痕	1 自己の手のひら大以上 2 野球ボール大以上 3 鶏 卵 大以上 4 1/2 以上 5 1/3 以上 6 その他 () 7 cm	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
		1 熱傷瘢痕 2 外傷瘢痕	1 自己の手のひら大以上 2 野球ボール大以上 3 鶏 卵 大以上 4 1/2 以上 5 1/3 以上 6 その他 () 7 cm	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
※ 2 上記の瘢痕が原子爆弾の傷害作用の影響によらない場合はその旨の意見				※ 4 瘢痕を図示してください。			
※ 3 特記すべき事項があれば記入してください。							
以上のとおり、診断します。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所 在 地 医 師 氏 名							

※ 裏面に記入上の注意があります。

癍痕による醜状障害による被爆身体障害者福祉手当の支給基準

この手当の支給対象者は、原子爆弾による熱傷又は外傷癍痕が身体の露出部分にあり、著しい醜状障害を呈している者で、支給の対象となる部位と醜状の程度は次のとおりです。

癍 痕 の あ る 部 位	醜 状 の 程 度	
	男 子	女 子
1. 頭 部	自己の手のひら大以上	自己の手のひら大以上
2. 顔 面 部	野球ボール大以上又は11cm以上の線状痕	鶏卵大以上又は6cm以上の線状痕
3. 頸 部	自己の手のひら大以上	野球ボール大以上
4. 上肢又は下肢の露出部分 上肢にあつては、手首を含む肩関節以下、下肢にあつては足背部を含む膝関節以下	露出部分の1/2以上	露出部分の1/3以上
5. 眼瞼・鼻・口唇・外耳の一部欠損又は変形	1～4に該当しない者で、眼瞼・鼻・口唇・外耳の一部が欠損又は変形している場合であつて、その醜状の程度が1～4と同程度と認められるもの	
6. そ の 他	(1) 1～5に該当しない癍痕が2以上の部位にある場合であつて、その醜状の程度が1～5と同程度と認められるもの (2) 1～5に該当しない癍痕であっても、特に医師が1～5と同程度と認めるもの（陰部・乳房など）	

注1 対象となる醜状癍痕であっても、原子爆弾によらないものは除かれます。

2 手のひら大とは、指の部分は含みません。

3 癍痕とは医学的に癍痕とみなされるものをいい、通常の皮膚組織を失っているもの（肥厚化・角化・変色化・膨隆化）をいいます。

4 2個以上の癍痕又は線状痕が相隣接し、又は相俟つて支給基準と同程度の醜状を呈する場合は、2個以上の癍痕又は線状痕の面積・長さを合算して記入してください。