


# 診 断 書 (健康管理手当用)

氏 名				生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日生	性別	男・女		
居 住 地	広島市 区									
※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 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害					
※2	上欄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										
※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)。						
※3 現 症	理 学 的 検 査	心 音								
		肺 野								
		腹 部								
		運 動 器								
	臨 床 病 理 学 的 検 査	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>	顆粒球数	/mm <sup>3</sup>	病的細胞	%		
			血小板数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	血清鉄	μg/dl	血清カルシウム	mEq/l		
		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	
			血清総蛋白	g/dl	A S T	IU/ℓ	γ-GTP	IU/ℓ		
			A / G 比		A L T	IU/ℓ				
		理 学 的 検 査	ビリルビン		mg/dl	L D H	IU/ℓ	I C G (15分値)		
			H B 抗原		1 陽性	2 陰性	H C V 抗体	1 陽性	2 陰性	
		ヘモグロビンA1c (R年月日)								%
	検 査	尿 検 査	混 濁		蛋 白		1 陽性 2 陰性			
			(R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 (R年月日)		( ) 法		1 陽性 2 陰性				
		腎機能検査 (R年月日)		P S P (15分値)		%		濃縮試験最高尿比重		
		基礎代謝測定 (R年月日)								
血 糖 測 定		(R年月日)	空腹時	mg/dl	糖 負 荷 試 験	負 荷 前	後 60 分	後 120 分		
					( ) g	mg/dl	mg/dl	mg/dl		
肺 機 能 検 査 (R年月日)	肺 活 量	cc	一 秒 率	%						
組 織 病 理 診 断 (R年月日)	(組織名)									
血 圧 測 定 (R年月日)	最大	mmHg			最小	mmHg				
其 他 の 検 査	X 線 検 査	胸 部 (R年月日)		腹 部 (R年月日)			運 動 器 (R年月日)			
		(肺又は心臓)								
	(心胸比 %)									
	心電図 (R年月日)	ST変化	T変化	不整脈		その他				
	内 視 鏡 検 査 (R年月日)		(部位名)							
	眼 科 学 的 検 査 (R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 (R年月日)	四肢の麻痺	1 有 2 無	言語障害	1 有 2 無	その他					
そ の 他 特 記 す べ き 事 項 及 び 治 療 状 況										
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						

病状の固定化とは、その疾病の治療に5年以上の期間を要するものをいいます。ただし、鉄欠乏性貧血、潰瘍については3年、貧血(鉄欠乏性貧血、再生不良性貧血を除く)、甲狀腺機能亢進症、白内障については5年が経過認定期間の上限となります。

裏面に記入上の注意事項があります。

# 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、日常生活において何らかの支障を生ずる程度のものであり、主な対象疾病は、下の表に掲げるものです。
- 複数の疾病がある場合は、全てについて記入することができます。また、疾病名は、日本語・外国語どちらを用いられても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わしている検査結果を詳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か月以内のもので。
- 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。
- 心電図の所見は、誘導別等できるだけ具体的に記載してください。
- 「その他特記すべき事項及び治療状況」欄には、
  - 診断書に記載された疾病について、治療中であればその状況をできるだけ詳細に記入してください。
  - 検査成績がほぼ正常値の場合は、過去の異常値及びその検査年月日を記入するとともに現在治療の結果、軽快したがなお要治療（又は要経過観察）である旨を記入してください。
  - 心臓のX線所見、心電図成績又は理学的検査所見上著変が認められない疾患については、自覚症状、他覚的所見（例えば浮腫）など参考になる事項を記入してください。
- 検査項目及び記入事項は下の表を参考にしてください。

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〕	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 ⑦ 血清鉄 ⑧ 白血球の分類 ⑨ 治療状況
2 肝臓機能障害を伴う疾病 〔肝硬変、慢性肝炎など （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 AST ⑥ ALT ⑦ LDH ⑧ γ-GTP ⑨ HBS抗原 ⑩ HCV抗体 ⑪ 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 血色素量 ⑦ 赤血球数 ⑧ 血小板数 ⑨ 白血球数 ⑩ 白血球の分類 ⑪ 骨髄検査所見 ⑫ 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-T <sub>3</sub> ④ フリー-T <sub>4</sub> ⑤ 抗甲状腺剤等投与の有無
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 できれば眼底検査所見 ⑦ 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 血清検査所見（総コレステロール・中性脂肪・HDLなど） ⑥ できれば眼底検査所見 ⑦ 治療状況
7 腎臓機能障害を伴う疾病 〔ネフローゼ症候群 慢性腎炎、慢性腎不全 慢性糸球体腎炎 など〕	① 理学的検査所見 ② 尿検査所見 ③ 濃縮試験 ④ 血清検査所見（総蛋白・A/G比・尿素窒素・クレアチニンなど） ⑤ 血圧 ⑥ できればPSP（15分値） ⑦ できれば眼底検査所見 ⑧ 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 ② 視力 ③ 矯正視力 ④ 治療状況
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 ③ 肺活量 ④ 一秒率 ⑤ 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 理学的検査所見 ② 運動器X線検査所見（X線所見を図示してください。） ③ 日常生活における支障の程度 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

### 〈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。