**様式第十号**（第二十九条関係）

診　断　書（医療特別手当用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名、  生年月日  及び居住地 | 明治・大正・昭和　　　　年　　月　　日生 | 男・女 | 郵便番号　　　　－  電話番号　　　（　　　） |
| 認定疾病  の名称（※１） |  | | |
| 認定疾病に関する現症及び検査所見 |  | | |
| 認定疾病  に対する  治療状況 | 認定疾病に係る受診状況（いずれかに○）（※２） | | |
| ア．定期的に受診し現在治療中  イ．定期的に受診し経過観察中  ウ．定期的に受診はしていない | | |
| 認定疾病に対して過去に行った主な治療（手術等） | | |
| （手術等） | | （実施時期） |
| 現在行っている治療の内容（「認定疾病に係る受診状況」でアに○をつけた場合に記入） | | |
| 認定疾病自体に対するもの | | |
| 認定疾病の治療によって生じた疾病（後遺症等）に対するもの | | |
| （疾病名） | | （治療内容） |
| 認定疾病以外に関する  特記事項 |  | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |

記入上の注意等

（※１）　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第１項又は第24条第２項の認定に係る負傷又は疾病（本診断書では「認定疾病」とします。）の名称を記入してください。

（※２）　「定期的に受診」には、本診断書の記載のための受診は含みません。