

診

断

書

（健康管理手当〈疾病〉用）

氏 名			明治 大正 昭和	年	月	日生	歳	男・女		
現 住 所										
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						
※1 疾病の名称	1 2		3 4							
※1の欄の疾病が、伝染病、寄生虫病、先天異常、中毒症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										
※1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（※1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）							
発 症 時 期							輸血歴	有・無		
現在にいたる経過並びに現在の治療内容	1 2		3 4							
臨 床 所 見	発症時（ 年 月 ）						現 症（ 年 月 ）			
※2 検 査 所 見	血液検査 （ 年 月 ）	末梢血液	血色素量 g/dl	赤血球数 ×10 ³ /mm ³	ヘマトクリット %	白血球数 /mm ³	血小板数 ×10 ³ /mm ³	赤沈（1時間値） mm		
	骨髓（穿刺部位）	胸骨・腸骨	有核細胞数 ×10 ³ /mm ³	巨核球数 /mm ³	リンパ球 %	E/M				
	血液生化学 （ 年 月 ）	C R P	mg/dl	R F	I U/ml	Z T T	単位	血清カルシウム mg/dl		
		血清燐	mg/dl	血清カリウム mEq/l	血清鉄 μg/dl	U I B C	μg/dl	血清総蛋白 g/dl		
		A/G 比		γ・グロブリン %	G O T	I U/l	G P T	I U/l		
		γ・G T P	単位	L D H	I U/l	アルカリフォスファターゼ 単位	C P K	I U/l		
		総ビリルビン	mg/dl	総コレステロール mg/dl	H D L コレステロール mg/dl	トリグリセライド mg/dl				
		β・リポ蛋白	mg/dl	梅毒反応	H B s 抗原	H B s 抗体				
		H C V 抗体		α・フエトブロテイン ng/ml	C E A	ng/ml	フェリチン ng/ml			
		甲状腺機能	T ₃	ng/ml	T ₄	μg/dl	T S H	μU/ml		
		空腹時血糖	mg/dl	糖負荷試験（g） 負荷前	mg/dl	後60分	mg/dl	後120分	mg/dl	H b A _{1c} %
		腎機能	P S P (15分値)	%	血清尿素窒素 mg/dl	血清クレアチニン mg/dl	尿酸 mg/dl			
	尿 検 査（ 年 月 日 ）	蛋 白	陽性・陰性	糖	陽性・陰性	潜血反応	陽性・陰性	沈 査		
	糞 便 検 査（ 年 月 日 ）	潜血反応	陽性・陰性	寄生虫卵	陽性・陰性					
	眼 底（ 年 月 日 ）	S・H・KW	出血有・無	血 圧（ 年 月 日 ）	/ mmHg					
	心 電 図（ 年 月 日 ）	左室肥大 有・無	S T - T 異常 有・無	運動負荷	陽性・陰性	不整脈 有・無	その他			
	超音波検査（ 年 月 日 ）	心エコー図			腹部エコー図					
	肺機能検査（ 年 月 日 ）	肺 活 量	ml	一 秒 率	%	ピークフロー	l/秒			
	脳波（ 年 月 日 ）	頭部CT（ 年 月 日 ）			MRI（ 年 月 日 ）					
	四肢の麻痺	有・無	言語障害	有・無	そ の 他					
細胞組織診断（ 年 月 日 ）	採取部位			所見・診断名						
症 所 見	X 線 検 査	胸 部（ 年 月 日 ）	腹 部（ 年 月 日 ）		運 動 器（ 年 月 日 ）					
	心胸部比	%	1 上部消化管透視 2 下部消化管透視 3 C T							
	内視鏡検査（ 年 月 日 ）									
眼科学的検査 （ 年 月 日 ）	水晶体混濁 有・無	視力	右（ ） 左（ ）	混濁の性状						
※3 その他特記すべき事項 （最近の病状も含む）										
以上のとおり、診断します。		医療機関の名称 所 在 地 医 師 氏 名								

記入上の注意

- ※2の欄には、※1の欄に記入した疾病の状態を明らかにするために必要な検査結果（裏面参照）を記入してください。
- 検査年月日を必ず記入してください。検査成績は診断書作成日前3か月以内のものに限ります。
- ※3の欄には、上記検査項目以外で、必要と認められる諸検査等を記入してください。

対象疾病と必要な検査項目

(健康管理手当用)

対 象 疾 病	疾 病 の 例 示	手 当 支 給 最 高 限 度	検 査 項 目 及 び 記 入 事 項
1 造血機能障害	貧血症（妊娠貧血、妊娠時の鉄欠乏性貧血、産褥期貧血及び分娩時出血による産褥性貧血を除く）	鉄欠乏性貧血 3 年	1 赤血球数 2 血色素量 3 白血球数 《注》再生不良性貧血の場合は、白血球の分類（「その他特記すべき事項」の欄に記載）及び血小板数・血清鉄
	白血球減少症	再生不良性貧血及び鉄欠乏性貧血を除く貧血 5 年	白血球数（過去数回の検査成績を記載すること）（「その他特記すべき事項」の欄に記載）
	出血性素因、紫斑病、血小板減少症	その他の疾病 無 期 限	1 血小板数 2 出血時間、凝固時間（カルシウム再加時間でも可）「その他特記すべき事項」の欄に記載 3 ヘマトクリット
	多血症		1 赤血球数 2 白血球数 3 血漿量 （「その他特記すべき事項」の欄に記載）
2 肝臓機能障害	肝硬変、慢性肝炎（アルコール性を除く）	無 期 限	記載検査項目の2つ以上（同系列でないもの） （輸血歴のある場合はHBsAg・Ab、HCVの測定値を記載）
3 細胞増殖機能障害	悪性新生物	無 期 限	1 良性、悪性の別（組織所見について具体的に記載） 2 現症所見（摘出術を行った場合は、その日時、経過など）
	造血器腫瘍		1 必要と認められる検査 2 「その他特記すべき事項」の欄に病態記載
4 内分泌腺機能障害	糖尿病（尿崩症、青銅糖尿病及び腎性糖尿病を除く）	甲状腺機能亢進症 5 年	1 尿糖 2 血糖 3 ヘモグロビンA _{1c} 4 眼底 5 神経症状 6 血管障害合併の有無
	甲状腺機能障害	その他の疾病 無 期 限	T ₃ 、T ₄ 、TSHを必ず記載
	その他の甲状腺の疾患		必要と認められる諸検査（例えばCT）
5 脳血管障害	くも膜下出血、脳出血、脳梗塞、脳血栓症、脳塞栓症	無 期 限	1 血圧 2 出血時間 3 神経学的検査 4 「その他特記すべき事項」の欄に病態記載 5 眼底、頭部CT
6 循環器機能障害	高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患	無 期 限	1 胸部X線 2 血圧 3 心電図 4 心エコー図 5 動脈硬化性心疾患の場合は血清脂質と眼底 6 できればホルター心電図
7 腎臓機能障害	ネフローゼ症候群（妊娠又は産褥中に起きたもの、流産に伴うもの及び細尿管性ネフローゼ（急性）を除く）、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎	無 期 限	1 記載検査項目 2 尿検査 3 腎透析の有無 （「その他特記すべき事項」の欄に記載）
8 水晶体混濁による視機能障害	白内障（先天性、糖尿病性を除く）のみ	5 年	1 現症所見 2 手術歴の有無 3 内科的所見
9 呼吸器機能障害	肺気腫、その他の慢性間質性肺炎（急性又は詳細不明の間質性肺炎を除く）、肺線維症、気管支喘息	無 期 限	1 胸部X線 2 臨床所見 3 肺機能検査 4 血液ガス検査 5 必要と認められる検査
10 運動器機能障害	変形性関節症、変形性脊椎症	無 期 限	1 運動器X線 2 臨床所見（症状） 3 ADL支障の程度
11 潰瘍による消化器機能障害	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃空腸潰瘍、潰瘍性大腸炎	3 年	1 糞便潜血反応 2 消化管透視所見 3 内視鏡検査
※ 対象疾病であっても、その症状が、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除かれます。			

記入上の注意

- 1 検査成績は、診断書作成日前3か月以内のものに限ります。
- 2 3か月以内の検査成績が、ほぼ正常値の場合は、過去の重かった時点のデータと現在のデータを記入してください。
治療の結果、軽快したが、なお要医療（又は要経過観察）である場合は、その旨を「その他特記すべき事項」の欄に記入してください。
- 3 疾病名は、外国語を用いても差し支えありません。