石綿による健康被害の救済に関する法律

認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用

診断書（中皮腫用）

※判定様式の記載は医療機関関係者が行ってください。医療機関関係者以外の方が記載又は追記した場合は無効となります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | ・ | 生年  月日 | 年号選択 | 年  月  日（     才） |
| 診断名 |  | | | カルテ番号 |  |

【診断の詳細】　※　該当する□に**レ**印を付し、必要事項を全て記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 原発部位 | 胸膜（右　左　不明）  腹膜  心膜  精巣鞘膜  その他（      　　　　　　　　　　 　　　）  (西暦)     年     月     日撮影 |
| 組織型 | 上皮型　肉腫型　二相型　その他特殊型（     　 　） |
| 確定診断年月日 | (西暦)     年     月     日 |
| その他の  参考事項 | （石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、記入してください。） |

【臨床経過】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当院における指定疾病に係る療養開始日 | | (西暦)     年     月     日（注釈参照） |
| ＜発見契機＞  ※　該当する□に**レ**印を付し、「その他」の場合は具体的に内容を記入してください。  医療機関受診（息切れ　 胸痛　 せき 　発熱 　腹痛  腹部膨満 　 他疾患治療中　　その他（　     　　　　　）  健康診断　　手術　　　その他（　     　　　　　　　　　）  　　　　　　（上記の症状の発症日）　(西暦)     年     月     日 | | |
| ＜治療・臨床経過＞  ・現在の病状及び治療内容  ※　以下の該当する□にレ印を付し、「その他」の場合は具体的に内容を記入してください。  ※　次の「詳細な治療・臨床経過」欄にも記入してください。  放射線照射 　　 手術　 　化学療法 　　  BSC  治療後の経過観察中　※本欄に記入した場合は、次頁の続発症欄も記入してください。  その他（     　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・詳細な治療・臨床経過（診断に至る経緯、治療年月日、治療内容、期間、今後の治療方針等）  ※　本欄の記入は、退院時診療要約等の臨床経過の詳細が分かる資料の添付で代替しても差し支えありません。 | | |
| ＜続発症（指定疾病に付随する疾病等）＞（注釈参照）  ※　該当する□にレ印を付し、「その他」の場合は具体的に内容を記入してください。  続発症あり　※本欄に記入した場合は、以下の「続発症の内容」欄、次頁も記入してください。  続発症なし  ・続発症の内容  (1)指定疾病の経過中またはその進展により、指定疾病との関連で発症したもの  中皮腫の遠隔転移　　　その他（     　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (2)指定疾病を母地として細菌感染等の外因が加わって発症したもの  肺炎　　　 胸膜炎　　　その他（     　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (3)指定疾病の治療に伴う副作用や後遺症  薬剤性肺障害　　　 放射線肺炎　　　術後の呼吸機能障害  その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ・現在の障害の程度・治療内容 | | |
| 前医の  情報 | 医療機関名・担当科名： | |
| 医療機関名・担当科名： | |

【中皮腫の診断の根拠】（注釈参照）

※１　中皮腫の診断の根拠となったもの全てについて□に**レ**印を付し、実施日等を記入した上で、該当する報告書等を添付してください（未実施の場合は**レ**印不要）。

※２　放射線画像については、該当するフィルム又は画像データを添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断の根拠 | 添付資料 | 診断日 |
| 病理組織診断 | 病理組織診断報告書、その他 | (西暦)     年     月     日 |
| 病理組織診断報告書、その他 | (西暦)     年     月     日 |
| 病理組織診断報告書、その他 | (西暦)     年     月     日 |
| 細胞診断 | 細胞診断報告書、その他 | (西暦)     年     月     日 |
| 細胞診断報告書、その他 | (西暦)     年     月     日 |
| 細胞診断報告書、その他 | (西暦)     年     月     日 |
| 放射線画像所見 | エックス線画像  単純ＣＴ画像  造影ＣＴ画像  MRI画像  PET画像  その他（     　　　　　　　　　） | (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日 |
| その他 | 検査名： | (西暦)     年     月     日 |

【続発症の状況に関する情報】（注釈参照）

※１　本欄は、前頁の「続発症」の欄で、「続発症あり」にチェックした場合に記載してください。

※２　続発症（日常生活に相当の制限が加わり、常に医師の管理による治療が必要であるようなものに限る。）の状況を示すもの全てについて□にレ印を付し、実施日等を記入した上で、該当する報告書等を添付してください（未実施の場合はレ印不要）。

※３　放射線画像については、該当するフィルム又は画像データを添付してください。

※４　続発症の経過を記載した退院時診療要約や診療録の写しなど、これまでの治療内容や臨床経過がわかる資料を提出してください。

| 続発症の状況を示す資料 | 添付資料 | 実施日 |
| --- | --- | --- |
| 放射線画像所見 | エックス線画像  単純ＣＴ画像  造影ＣＴ画像  MRI画像  PET画像  その他（     　　　　　　　　　　） | (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日 |
| 呼吸機能検査 | 呼吸機能検査  動脈血ガス分析 | (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日 |
| その他 | 検査名：  その他（     　　　　　　　　　　） | (西暦)     年     月     日  (西暦)     年     月     日 |

上記のとおり、診断します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | (西暦)     年     月     日 |
| 所在地  電話番号  医療機関名  診療科名 | 医師氏名 |

（注　釈）

【中皮腫診断の確からしさについて】

　中皮腫の診断に当たっては、臨床所見、臨床検査結果だけでなく、病理組織診断に基づく確定診断がなされることが極めて重要です。また、中皮腫は疾患頻度が低いこと、画像上特異的な所見を有さないことなどから、いわゆる除外診断だけでなく、病理組織診断において、他疾患との鑑別が適切に行われることが必要です。

　なお、細胞診断結果とともに、その他の胸水等の検査結果や画像所見等を総合して中皮腫であると判定できる場合があります。たとえ病理組織診断が行われていない場合であっても、細胞診断を実施するなどして、中皮腫であることを積極的に支持するような医学的資料を提出してください。

【療養開始日について】

　認定は、療養を開始した日（その日が認定の申請のあった日の３年前の日前であるときは、当該申請のあった日の３年前の日）にさかのぼってその効力を生ずることとされており、被認定者に支給される医療費及び療養手当の支給対象期間の始期は、療養開始日をもとに決定されることとなります。

（参考）石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第４号）

第四条

４　認定は、当該認定に係る指定疾病の療養を開始した日（その日が当該認定の申請のあった日の三年前の日前である場合には、当該申請のあった日の三年前の日。以下「基準日」という。）にさかのぼってその効力を生ずる。

【続発症について】

指定疾病に付随する疾病等（続発症）であって、日常生活に相当の制限が加わり、常に医師の管理による治療が必要であるようなものについては、当該指定疾病と一体のものとして取り扱われます。個々の事例において、ある疾病等が続発症であるか否かについては、医学の経験則により、指定疾病と相当程度の関連性があるか否かによって判断されることとなります。