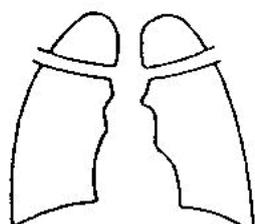


石綿による健康被害の救済に関する法律
 認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用
診断書（著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺用）

※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		男・女	生年 月日	年 月 日（才）
診断名			カルテ番号	

【診断の詳細】 ※ 該当する所見の部位として、□にレ印を付し、必要事項を全て記入してください。

胸部エックス線 画像所見	じん肺法に定める 小陰影区分	<input type="checkbox"/> 0/- <input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 0/1 <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 2/1 <input type="checkbox"/> 2/2 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/2 <input type="checkbox"/> 3/3 <input type="checkbox"/> 3/+		
	胸膜プラーク	(右) (左) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		年 月 日撮影
胸部CT 画像所見	小葉間隔壁肥厚	(右) (左) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他の所見 ()	
	小葉内間質肥厚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	胸膜下曲線様陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	すりガラス影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	網状影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	蜂窩肺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	肺実質内帯状影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		年 月 日撮影	
放射線画像上、初めて石綿肺所見を認めた時期			年 月頃	
石綿肺の確定診断年月日			年 月 日	
石綿ばく露歴	(石綿肺の診断の根拠となった、大量の石綿ばく露に関する情報を記入してください。)			
喫煙歴等	喫煙歴：□無 □有（ 歳から 歳まで、喫煙本数 本／日） 石綿以外の粉じん吸入歴：□無 □有（ 年間）・粉じん種別（ ）			

※ 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。

【臨床経過】

※ 治療内容等を含め、現在までの臨床経過を記載、又は退院時診療要約等の臨床経過の詳細が分かる資料を添付してください。

<診断に至った経緯>	
<現在の病状（合併症等に関する情報を含む。）及び治療内容>	
在宅酸素療法： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月より）	
当院における指定疾病に係る療養開始日	年 月 日（注釈参照）
前医の 情報	医療機関名・担当科名： 医療機関名・担当科名：

【呼吸機能障害に係る情報】

- ※ 1 呼吸機能検査は、症状安定時において3回以上実施してください。
- ※ 2 呼吸機能検査は、画像診断と同時期のものを記載してください。
- ※ 3 動脈血ガス分析は、可能な限り酸素吸入をしていないときの検査結果を記載してください（酸素吸入時の検査である場合には、その旨を記載してください）。
- ※ 4 AaDO₂ の計算は、大気中の酸素分圧を 150Torr、呼吸商を 0.83 として求めてください。
- ※ 5 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください（必須）。

身長 _____ cm
体重 _____ kg

検査日	呼吸機能検査				
	肺活量 (VC)	%肺活量 (%VC)	1秒量 (FEV1)	%1秒量 (%FEV1)	1秒率 (FEV1/VC)
年 月 日	mℓ	%	mℓ	%	%
年 月 日	mℓ	%	mℓ	%	%
年 月 日	mℓ	%	mℓ	%	%
年 月 日	mℓ	%	mℓ	%	%

検査日	動脈血ガス分析	
	PaO ₂	AaDO ₂
年 月 日	Torr	Torr
年 月 日	Torr	Torr
年 月 日	Torr	Torr
年 月 日	Torr	Torr

判定様式第7号

【石綿小体・石綿繊維による医学的所見】

※ 肺内の石綿小体計測結果や石綿繊維計測結果を行った場合は、判定様式第6号又はそれと同等の内容を含む石綿計測結果報告書を添付してください。

石綿計測結果	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)
--------	---

【気管支肺胞洗浄液】 ※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取日	年 月 日	検査日	年 月 日
石綿小体	採取部位：	注入量：	mℓ / 回収量： mℓ
	計測方法： <input type="checkbox"/> 位相差顕微鏡による計測 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	濃度：	AB/g(乾燥肺) / 検出下限値：	AB/g(乾燥肺)
細胞分画	マクロファージ %・リンパ球	%・好中球	%・好酸球 %・CD4/CD8 %

【血液学的所見】 ※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検査日	年 月 日
生化学	KL-6： U/mℓ、 SP-D： ng/mℓ、 SP-A： ng/mℓ、 LDH： IU/ℓ
自己免疫抗体	リウマチ因子： <input type="checkbox"/> 強陽性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 RAPA： <input type="checkbox"/> 強陽性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 抗核抗体： 倍、 MPO-ANCA： EU その他 ()

【病理学的所見】 ※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

採取日	年 月 日	病理組織標本番号
診断日	年 月 日	
診断材料	<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 経気管支的肺生検 <input type="checkbox"/> その他 ()	
病理診断	<input type="checkbox"/> UIP <input type="checkbox"/> NSIP <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> RB <input type="checkbox"/> DAS <input type="checkbox"/> LIP <input type="checkbox"/> その他 () 石綿小体： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
形態所見	(上記診断の根拠となる病理組織の形態的所見を記載して下さい。)	

【鑑別除外診断】 ※ 鑑別除外した疾患（既往も含む）について、該当する□に☑印を付してください。

	鑑別	(できる)	(できない)		鑑別	(できる)	(できない)
石綿肺以外のじん肺		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤性肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特発性間質性肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	好酸球性肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心不全		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癌性リンパ管症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膠原病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞上皮癌		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血管炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺リンパ脈管筋腫症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サルコイドーシス		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過敏性肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ランゲルハンス細胞肉芽腫症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
放射線肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

上記のとおり、診断します。

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)

【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。