

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）

患者氏名	<input type="text"/>	性別 性別▼	生年 年 月 日	年号選択 年号選択▼	年 月 日（才）
診断名	<input type="text"/>	カルテ番号	<input type="text"/>		
【診断の詳細】					
原発部位	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 精巣鞘膜 <input type="checkbox"/> その他（ ） 或 年 月 日撮影				
組織型	<input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> 線維形成型 <input type="checkbox"/> （ ）				
確定診断年	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） <input type="text"/>				

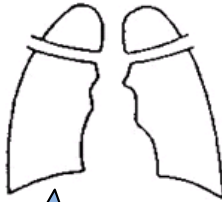
グレーの部分をクリックして、文字を入力してください。グレーになっている部分以外の場所は追記等の編集はできません。

性別の部分をクリックすると上記のように選択ボックスが出てきますので、▼をクリックして男女を選択してください。

年号選択の部分をクリックすると上記のように選択ボックスが出てきますので、▼をクリックして年号を選択してください。

項目に該当する場合、□をクリックするとチェックのレ印がつかます。

上記の図への書き込みは電子入力できませんので、手書きにて記入ください。



【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。

<p><発見契機>※ 該当する□にレ印を付し、詳細についても記入してください。</p> <p> <input type="checkbox"/>医療機関受診（<input type="checkbox"/>息切れ <input type="checkbox"/>胸痛 <input type="checkbox"/>せき <input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>腹部膨満 <input type="checkbox"/>他疾患治療中 <input type="checkbox"/>その他（ ） <input type="checkbox"/>健康診断 <input type="checkbox"/>手術 <input type="checkbox"/>その他（ ） （上記の症状の発症日） 年 月 日 </p> <p>・詳細な経緯</p> <p><input type="text"/></p>	
<p><現在の病状及び治療内容>※ 該当する□にレ印を付し、詳細についても記入してください。</p> <p> <input type="checkbox"/>放射線照射 <input type="checkbox"/>手術 <input type="checkbox"/>化学療法 <input type="checkbox"/>BSC <input type="checkbox"/>その他（ ） </p> <p>・詳細な内容（上記の治療年月日、期間、予後等の臨床経過）</p> <p><input type="text"/></p>	