

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（石綿を原因とする肺がん用）

※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	○ ○ ○ ○	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年 月日	○○○○年○月○日（○○才）
診断名	肺がん		カルテ番号	○○○○-○○○○

【診断の詳細】 ※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

原発部位	右肺： <input checked="" type="checkbox"/> 末梢型（肺野型） <input type="checkbox"/> 中枢型（肺門型）	
	左肺： <input type="checkbox"/> 末梢型（肺野型） <input type="checkbox"/> 中枢型（肺門型）	
○○○○年○月○○日撮影		
組織型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input checked="" type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 小細胞癌 <input type="checkbox"/> 大細胞癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
肺組織摘出術 (生検を除く)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有：術式（胸腔鏡下右下葉切除術+リンパ節郭清）○○○○年○月施行 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：術式（ ） 年 月施行	
他のがん既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位（ ）	
その他の 参考事項	（石綿ばく露に関する情報を記入してください。） 大工を自営していた。	
	喫煙歴： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ 20 歳から 50 歳まで、喫煙本数 20 本／日）	
	石綿以外の粉じん吸入歴： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間・粉じん種別（ ） 石綿ばく露を示す客観的な資料（事業者証明等）の提出の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	

過去の職歴から石綿ばく露作業に従事していた可能性があれば、ご記入ください。

【臨床経過】

当院における指定疾病に係る療養開始日	○○○○年○月○日(注釈参照)
<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 ※ 次の「詳細な治療・臨床経過」欄にも記入してください。	
<input type="checkbox"/> 放射線照射 <input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

貴院にて指定疾病に係る治療を開始した日をご記入ください。療養開始日については18ページ「療養開始日の取り扱いについて」をご参照ください。

・ 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。

〇〇〇〇年〇〇月検診にて胸部異常影指摘され、同月〇〇日に〇〇〇〇病院を受診。精査し、右下葉肺腺癌の診断。精査加療目的に、〇〇〇〇年〇月〇日当院紹介受診。〇月〇〇日胸腔鏡下右下葉切除術＋リンパ節郭清施行。以後、定期的に経過観察を行っているが、術後1年の受診の際、息切れの訴えあり、肺機能検査でも著名な呼吸機能低下を認めている。

< 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
 肺がんの遠隔転移 癌性胸膜炎
 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た
 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

術後の呼吸機能障害が著しく、今後も注意深く経過観察を行っていく予定。〇〇〇〇年〇月〇〇日受診時、転移なし。

続発症がある場合は、「続発症の内容」欄及び次頁も記入してください。また、診断の根拠となった資料（画像や報告書、診療録等）も併せてご提出をお願いいたします。

前医の	医療機関名・担当科名：〇〇〇〇病院 〇〇〇科 〇〇 〇〇先生
情報	医療機関名・担当科名：

【肺がんの診断の根拠】

※ 放射線画像以外に、肺がんの診断の根拠となったものについて□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する報告書等を添付してください（写し可。未実施の場合にはレ印不要）。

診断の根拠	診断日
<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織診断	〇〇〇〇年 〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> 細胞診断	年 月 日
<input type="checkbox"/> その他（検査名： ）	年 月 日

【石綿が原因であることの根拠】

- ※ 1 石綿が原因であることの根拠となったもの、ならびに確認された所見について□にレ印を付し、該当事項を記入してください（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。
- ※ 3 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（写し可）。
- ※ 4 石綿小体の存在が確認できる複数の標本又は写真を添付してください。

根拠	所見・検査結果	実施日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CT画像※ ²	<input checked="" type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input checked="" type="checkbox"/> 肺線維化所見	〇〇〇〇年 〇月 〇〇日
	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部エックス線画像※ ²	<input checked="" type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input checked="" type="checkbox"/> 肺線維化所見	〇〇〇〇年 〇月 〇〇日
	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日
<input type="checkbox"/> 石綿小体等	<input type="checkbox"/> 肺内石綿小体計測結果※ ³	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 肺内石綿繊維計測結果※ ³	年 月 日
	<input type="checkbox"/> BALF 中石綿小体計測結果※ ³	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 肺組織切片中の石綿小体※ ⁴	年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	検査名：	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調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
<input type="checkbox"/> 放射線画像所見	<input type="checkbox"/> 胸部エックス線画像	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 単純CT画像	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 造影CT画像	年 月 日
	<input type="checkbox"/> MRI画像	年 月 日
	<input type="checkbox"/> PET画像	年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸機能検査	<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸機能検査	〇〇〇〇年 〇月 〇〇日
	<input type="checkbox"/> 動脈血ガス分析	年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 検査名：	年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日

上記のとおり、診断します。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 ×××-××-××

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇〇病院

診療科名 〇〇〇科

医師氏名 〇〇 〇〇

(注 釈)

【判定の考え方について】

石綿を原因とする肺がんであると判定する医学的所見は、原発性肺がんであって次のアからエまでのいずれかの場合です。

ア 胸部エックス線画像又は胸部 C T 画像により、胸膜プラーク(肥厚斑)が認められ、かつ、胸部エックス線画像でじん肺法(昭和 35 年法律第 30 号)第 4 条第 1 項に定める第 1 型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)があつて胸部 C T 画像においても肺線維化所見が認められる場合。

イ 胸部エックス線画像により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部 C T 画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認される場合。胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合。

(ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

(イ) 両側側胸壁の第 6 から第 10 肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

ウ 胸部 C T 画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部 C T 画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がり胸壁内側の 4 分の 1 以上の場合。

エ 次の(ア)から(オ)までのいずれかの所見が得られる場合。

(ア) 乾燥肺重量 1g 当たり 5,000 本以上の石綿小体。

(イ) 乾燥肺重量 1g 当たり 200 万本以上の石綿繊維(長さ 5 μ m 超)。

(ウ) 乾燥肺重量 1g 当たり 500 万本以上の石綿繊維(長さ 1 μ m 超)。

(エ) 気管支肺胞洗浄液 1ml 中 5 本以上の石綿小体。

(オ) 複数の肺組織切片中の石綿小体(複数の肺組織薄切標本において、1 標本当たり概ね 1 本以上の石綿小体が認められる必要がある。)

【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つた日の 3 年前の日前であるときは、当該申請のあつた日の 3 年前の日)にさかのぼつ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つた日の三年前の日前である場合には、当該申請のあつた日の三年前の日。以下「基準日」という。)にさかのぼつ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。