判定様式第７号

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。

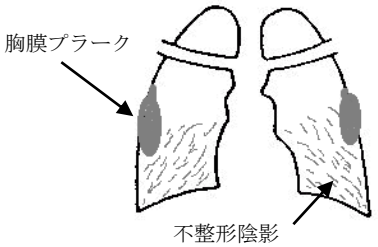
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者氏名 | **環境　太郎** | ㊚・女 | 生年月日 | １９５０　年　４月　１日（　70 才） | |
| 診断名 | **著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺** | | | カルテ番号 | ●●●－●●●● |

【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

| | | |
|---|---|---|
| □0/− | □0/0 | □0/1 |
| □1/0 | □1/1 | □1/2 |
| □2/1 | ☑2/2 | □2/3 |
| □3/2 | □3/3 | □3/+ |




| | （右） | （左） | |
|---|---|---|---|
| 胸膜プラーク | ☑ | ☑ | ●●●● 年　● 月　● 日撮影 |

**胸部ＣＴ画像所見**

| | （右） | （左） |
|---|---|---|
| 小葉間隔壁肥厚 | ☑ | ☑ |
| 小葉内間質肥厚 | □ | □ |
| 胸膜下曲線様陰影 | ☑ | ☑ |
| すりガラス様陰影 | ☑ | ☑ |
| 網状影 | □ | □ |
| 蜂窩肺 | □ | □ |
| 肺実質内帯状影 | ☑ | ☑ |
| 胸膜プラーク | ☑ | ☑ |

その他の所見：**石灰化プラークあり**

●●●● 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。）

**成人するまで家業の石綿紡績工場で手伝いをしていた。**

**喫煙歴等**

喫煙歴：□無　☑有（　20　歳から　60　歳まで、喫煙本数　20　本／日）

石綿以外の粉じん吸入歴：□無　□有（　20 年間）・粉じん種別（　**鉱物性粉じん**　）

具体的な粉じん種別が不明な場合は、
従事していた作業を記入してください。

判定様式第７号

【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＞　**以下により診断に至った。**

**① 石綿ばく露歴があり、明確な胸膜プラークが認められる。**

**② 両側下肺優位の不整形陰影が認められる。**

**③ ＣＴで②に対応する線維化所見が認められた。**

**④ 経過が急激でないことを確認した。**

**⑤ 他の間質性肺炎（肺線維症）を否定できる。**

石綿以外の原因による間質性肺炎との鑑別に有用な臨床情報を記載してください。
この欄に記載しきれない場合には、別紙（様式自由）に記載し、添付してください。

＜現在の病状（合併症等に関する情報を含む。）及び治療内容＞

**経過観察中**

**在宅酸素療法を施行。安静時　２ℓ**

在宅酸素療法中の場合には安静時の酸素流量、また投薬中の場合には薬剤名などをご記入ください。

在宅酸素療法：□無　☑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：　**●●クリニック　●●科** |
| | 医療機関名・担当科名：　**なし** |

著しい呼吸機能障害を認めた日をもって、療養開始日としてください。著しい呼吸機能障害の有無については、４ ページ「医学的判定の考え方」をご参照ください。

【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　160　cm
体重　60　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) |
| 2018 年　7 月　1 日 | 2100　mℓ | 63　% | 1600　mℓ | 61　% | 80　% |
| 2019 年　7 月　10 日 | 1900　mℓ | 57　% | 1300　mℓ | 50　% | 72　% |
| 2020 年　7 月　15 日 | 1800　mℓ | 55　% | 1100　mℓ | 43　% | 65　% |
| 年　月　日 | mℓ | % | mℓ | % | % |

| 検査日 | 動脈血ガス分析 | |
|---|---|---|
| | $PaO_2$ | $AaDO_2$ |
| 2020 年　7 月　15 日 | 65　Torr | 40　Torr |
| 年　月　日 | Torr | Torr |
| 年　月　日 | Torr | Torr |
| 年　月　日 | Torr | Torr |

症状安定時において３回以上実施してください。
また、画像診断と同時期のものを記載してください。
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）。

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 | □無　☑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：　右Ｂ５　注入 mℓ ／ 回収量：　62　mℓ<br>計測方法：□位相差顕微鏡 )<br>濃度：　AB/ g(乾燥肺) | | |
| 細胞分画 | ﾏｸﾛﾌｧｰｼﾞ　70　%・リンパ球 8　% | | |

石綿小体計測を行っている場合にご記入ください。
特に肺組織を用いた計測を行っている場合には、石綿計測結果報告書（判定様式第６号）などに記入のうえ、添付してください。

【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：□強陽性　□陽性　□陰性　RAPA：□強陽性　□陽性　□陰性<br>抗核抗体：　倍、 MPO-ANCA：　EU<br>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 | □胸腔鏡下胸膜生検　□経気管支的肺生検　□その他（ ） | | |
| 病理診断 | □UIP　□NSIP　□OP　□DIP　□RB　□DAS　□LIP<br>□その他（ ）　石綿小体：□有　□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。） | | |

病理学的な検査を行っている場合にご記入ください。該当する病理組織診断書の写しを添付していただいても結構です。

判定様式第７号

【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□にレ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 | | ☑ | □ | 薬剤性肺炎 | | ☑ | □ |
| 特発性間質性肺炎 | | ☑ | □ | 好酸球性肺炎 | | | |
| 心不全 | | ☑ | □ | びまん性 | | | |
| 肺炎 | | ☑ | □ | 癌性リンパ | | | |
| 膠原病 | | ☑ | □ | 肺胞上皮癌 | | | |
| 血管炎 | | ☑ | □ | 肺リンパ脈管 | | | |
| サルコイドーシス | | ☑ | □ | 肺胞蛋白症 | | | |
| 過敏性肺炎 | | ☑ | □ | ﾗﾝｹﾞﾙﾊﾝｽ細胞 | | | |
| 放射線肺炎 | | ☑ | □ | | | | |

この欄に記載されている疾患を最低限念頭において、鑑別診断してください。
臨床経過などから明らかに鑑別できると考えられる場合には、これらの疾患を否定するために、あえて追加で検査を実施する必要はありません（その場合、鑑別可能である根拠について、【臨床経過】の欄にご記入ください）。

上記のとおり、診断します。

●●●● 年　● 月　●● 日

所在地　〒●●●－●●●●　●●県●●市●●

電話番号　●●●－●●●－●●●●

医療機関名　●●●●●●●●●病院

診療科名　●●●●科　　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。