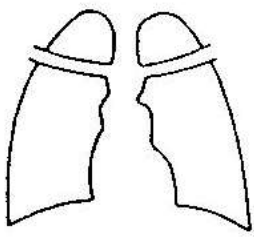


石綿による健康被害の救済に関する法律  
 認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用  
 診断書（著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚用）

※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<br>月日 | 明治 大正<br>昭和 平成<br>令和 | 年 月 日<br>( 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。

|   |   |                          |                          |   |                                  |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|
| 画像所見  |   | (右)                      | (左)                      |   |                                  |
|   | 最厚部分の厚さ(※1)   | mm                       | mm                       |  |                                  |
|   | 肋横角鈍化   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                  |
|   | 壁側胸膜癒着  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                  |
|   | 胸膜プラーク  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                  |
|   | 胸水  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|   | 胸水に関するCT画像上の所見：   |                          |                          |   |                                  |
|   | <input type="checkbox"/> 胸水の不均一性 <input type="checkbox"/> Crow's feet sign 又は円形無気肺<br><input type="checkbox"/> 胸水中のエアー <input type="checkbox"/> 胸水量の固定化<br><input type="checkbox"/> 胸郭容量の低下 ( <input type="checkbox"/> 概ね3か月以上胸水量が変化していない) (※2) |                          |                          |   |                                  |
|   | 胸膜の肥厚の頭尾 (側胸壁の) 左： <input type="checkbox"/> 1/4 未満 <input type="checkbox"/> 1/4～1/2 未満 <input type="checkbox"/> 1/2 以上<br>方向への広がり (側胸壁の) 右： <input type="checkbox"/> 1/4 未満 <input type="checkbox"/> 1/4～1/2 未満 <input type="checkbox"/> 1/2 以上 |                          |                          |   |                                  |
|   | 確認方法： <input type="checkbox"/> 胸部エックス線画像 (西暦)    年 月 日 撮影<br><input type="checkbox"/> 胸部CT画像 (西暦)    年 月 日 撮影<br><input type="checkbox"/> (西暦)    年 月 日 撮影 (※2)   |                          |                          |   |                                  |
| (※1) 胸膜の肥厚は、臓側胸膜の肥厚をいう。<br>(※2) 「胸郭容量の低下」にチェックした場合は、胸水量が変化していないことを確認するため、概ね3か月以上間隔の開いた2つ以上のCT画像の提出が必要となります。 |   |                          |                          |   |                                  |
| 放射線画像上、初めてびまん性胸膜肥厚を認めた時期  |   |                          | (西暦)    年 月 頃            |   |                                  |
| びまん性胸膜肥厚の確定診断日  |   |                          | (西暦)    年 月 日            |   |                                  |
| 石綿ばく露歴  | (びまん性胸膜肥厚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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (    歳から    歳まで、喫煙本数    本/日)<br>石綿以外の粉じん吸入歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (    年間)・粉じん種別 (    )   |                          |                          |   |                                  |

【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分かる資料があれば添付してください。

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <診断に至った経緯>  |                            |
| <現在の病状及び治療内容> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     在宅酸素療法： <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ 年 月より）                 </div> |                            |
| 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）           |
| 前医の<br>情報   | 医療機関名・担当科名：<br>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 AaDO<sub>2</sub>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<br>(VC) | %肺活量<br>(%VC) | 1秒量<br>(FEV1) | %1秒量<br>(%FEV1) | 1秒率<br>(FEV1/VC) |
| 年 月 日 |             | %             | mℓ            |                 | %                |
| 年 月 日 |             | %             | mℓ            |                 | %                |
| 年 月 日 |             | %             | mℓ            |                 | %                |
| 年 月 日 |             | %             | mℓ            |                 | %                |

| 検査日   | 動脈血ガス分析          |                   |
|-------|------------------|-------------------|
|       | PaO <sub>2</sub> | AaDO <sub>2</sub> |
| 年 月 日 | Torr             | Torr              |
| 年 月 日 | Torr             | Torr              |
| 年 月 日 | Torr             | Torr              |
| 年 月 日 | Torr             | Torr              |

【石綿が原因であることの根拠と鑑別診断】

- ※1 石綿が原因であることの根拠となったもの、ならびに確認した鑑別疾患について□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）。
- ※2 石綿小体計測結果については、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）                          |
| 病理組織診断 |                           | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月   | 日）                          |
| 既往歴等   | 感染症（細菌性膿胸、結核等）            | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 膠原病（リウマチ等）                | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 尿毒症性胸膜炎                   | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 薬剤性線維性胸膜炎                 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 放射線治療後                    | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 外傷性血胸後                    | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 悪性腫瘍                      | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 特発性両側線維性胸膜炎               | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃） | <input type="checkbox"/> 不明 |
|        | 胸部手術後<br>（冠動脈バイパス術の開胸術後等） | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ | 年 | 月頃、 | 手術）                         |
|        | その他（                      |                            |                             |   |     |                             |

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

**【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。