

【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、退院時資料があれば添付してください。

<診断に至った経緯> 労作時呼吸困難があり、2008年3月に受診。胸水貯留を認めた。胸水排出も肺の再拡張を得られないことから、鑑別診断の後、びまん性胸膜肥厚と診断した。	
<現在の病状及び治療内容> 在宅酸素療法を施行。 安静時 2L	
在宅酸素療法：□無 <input checked="" 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：●●●クリニック 呼吸器内科 医療機関名・担当科名：なし

石綿以外の原因による胸膜肥厚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。

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

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	%	%

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）。

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

【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。
- ※2 石綿小体計測結果については、判定様式第6号又はその添付書を添付してください。

石綿小体計測や病理組織診断を実施されている場合には、本欄で「有」にチェックを入れ、石綿計測結果報告書（判定様式第6号）や、病理組織診断報告書などを添付してください。

石綿計測結果		<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
病理組織診断		<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
既往歴等	感染症（細菌性膿胸、結核等）	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 不明
	膠原病（リウマチ等）	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 不明
	尿毒症性胸膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	薬剤性線維性胸膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	放射線治療後	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	外傷性血胸後	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	悪性腫瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	特発性両側線維性胸膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	胸部手術後 （冠動脈バイパス術の開胸術後等）	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月頃、 手術）
	その他（)		

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 ●● ●●

【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。