

健康管理手当申請時における診断書

様式第十九号(一)(第五十二条関係)

(表 面)
診断書(健康管理手当用)

氏 名	明治 大正 昭和			年 月 日	男・女					
居 住 地										
※1 障害の種類	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害	5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害	9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害							
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称										
上記の疾病が、感染症、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合又は労働災害、不慮の事故によるものである場合等原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見										
※2の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうか										
※3 現 症	理学的検査	<p>疾病が明らかに原子爆弾の傷害作用の影響によるものでない場合にのみ、記載してください（交通事故等による外傷、遺伝性疾病、先天性疾病、伝染病、寄生虫病、薬物・毒物による中毒など原因が特定されている場合は記載が必要です。）。 不明な場合には、空欄にしてください。</p>								
	臨床病理学的検査	月 日 (骨髓)	有核細胞数	×10 ⁶ /mm ³	巨核球数	/mm ³	リンパ球	%	E / M	
臨 床 病 理 学 的 検 査	肝機能検査	血清総蛋白	g/dl	AST	IU/l	γ-GTP	IU/l			
		A/G比		ALT	IU/l					
	月 日	ビリルビン	mg/dl	LDH	IU/l	ICG(15分値)	%			
	ヘモグロビンA1c			%						
	尿検査(年月日)	混濁	糖	1 陽性 2 陰性	たん 白 尿	1 陽性 2 陰性	ウロビリノーゲン	1 増加 2 正常 3 減少		
	糞便潜血反応検査(年月日)	(法)		1 陽性 2 陰性						
	腎機能検査(年月日)	PSP (15分値)	%	濃縮試験最高尿比重						
	基礎代謝測定(年月日)									
	血糖測定(年月日)	空腹時	mg/dl	糖負荷試験 (g)	負荷前	後60分	後120分			
					mg/dl	mg/dl	mg/dl			
	肺機能検査(年月日)	肺活量	CC	一秒率	%					
	組織病理診断(年月日)	(組織名)								
血圧測定(年月日)	最大	mmHg	最小	mmHg						
その他の検査	×線検査	胸部(年月日) (肺又は心臓)	腹部(年月日)		運動器(年月日)					
										
	心電図(年月日)	ST変化	T変化	不整脈	その他					
	内視鏡検査(年月日)	(組織名)								
	眼科学的月	水晶体混濁の有無	1 有 2 無	視力	右()	左()				
	水晶体混濁の性状									
	水晶体混濁の発生に関し 特記すべき事項									
神経機能検査(年月日)	四肢の麻痺	1 有 2 無	言語障害	1 有 2 無	その他					
その他特記すべき事項										
以上のとおり、診断します。 令和 年 月 日										
医療機関の名称 所在地 医師氏名										

(A列4番)