

記入要領 ※必ず医師の方にお渡しください。

氏 名	明治 大正 昭和 年 月 日生 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
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称	11の障害類型のいずれかに該当する疾病でなければ認定対象になりませんので、		
上欄の疾病が、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	原爆の影響がないことが明らかである場合は、認定対象となりません。影響がないことが明らかとまでは言えない場合は、この欄は空欄で差し支えありません。		
※2の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうかについての意見	1 固定化している 2 固定化していない (※2欄の疾病により今後医療を必要とする期間は 年 月間の見込み)		
※3 現 臨床病理学的検査	理学的検査	心 音 肺 野 腹 部 運 動 器	
	血液検査	「※2の欄の疾病にかかる病状が固定化しているかどうかについての意見」は、おおむね5年を超える継続治療を必要とする場合に「1固定化している」を選択し、それ以外の場合は「2固定化していない」を選択し、治療を要する期間をかつこ内に必ず記入してください。併せて1・2どちらを選択した場合も、「1固定化している」の横の余白に、今後の見込みとして『 良化見込み 』か『 悪化見込み 』かを記入してください。	
	年 月 日	顆粒球数 /mm ³	リンパ球数 /mm ³
	年 月 日	血清鉄 mg/dl	血清カルシウム mg/dl
	年 月 日	有核細胞数 ×10 ⁴ /mm ³	巨核球数 /mm ³
	年 月 日	血清総蛋白 g/dl	A S T 単位
	年 月 日	A/G比	A L T 単位
	年 月 日	ビリルビン mg/dl	L D H 単位
	年 月 日	ヘモグロビン A1c %	ICG (15分値) %
	年 月 日	尿検査 混濁	蛋白 1 陽性 2 陰性
	年 月 日	糖 1 陽性 2 陰性	ウロビリノーゲン 1 増加 2 正常 3 減少
	年 月 日	糞便潜血反応検査 (年 月 日)	(法) 1 陽性 2 陰性
	年 月 日	腎機能検査 (年 月 日)	PSP (15分値)
	年 月 日	基礎代謝検査 (年 月 日)	
	年 月 日	血糖測定 (年 月 日)	空腹時 mg/dl
年 月 日	肺機能検査 (年 月 日)	肺活量	
年 月 日	組織病理診断 (年 月 日)	(組織名)	
年 月 日	血圧測定 (年 月 日)	最大 mmHg 最小 mmHg	
症 其 他 の 検 査	X線検査	胸部(年 月 日)	腹部(年 月 日) 運動器(年 月 日)
	心電図検査 (年 月 日)	ST変化	T変化 不整脈 その他
	内視鏡検査 (年 月 日)	(部位名)	
	眼科検査 (年 月 日)	水晶体混濁の有無 1 有 2 無	視力 右() 左()
	水晶体混濁の性状		
	神経検査 (年 月 日)		
その他特記すべき事項及び治療状況、投薬状況等	現在の治療内容、具体的な投薬名や量、通院状況(頻度)、手術(予定含む)等必ず記入してください。手当の支給期間に影響することがありますので、症状の重さを示す特記事項がある場合は、忘れずに記入してください。紙幅が不足する場合はおそれいりますが、「別紙のとおり」(様式任意)として作成いただいて差し支えありません。		
以上のとおり、診断します。	医療機関の名称 所在地 医師氏名	ご不明な点は、下記へお問い合わせください。 埼玉県保健医療部疾病対策課指定難病対策担当 電話 048-830-3583	
年 月 日			