

様式第十号（第二十九条関係）

診 断 書（医療特別手当用）

氏名、 生年月日 及び居住地	●●●●●●●● 明治 大正 甲 女 郵便番号 * * * - * * * *
認定疾病 の名称(※1)	●●が 原爆症の認定証又は医療特別手当証書に記載された疾病名を記載して下さい。 再発の有無や治療の必要性がわかる腫瘍マーカーや画像所見等を記載してください。
認定疾病に関 する現症及び 検査所見	平成**年*月手術（現在術後*ヶ月）。画像（CT）上再発所見無し。 CEA**（平成*年*月*日検査） ・受診には入院中や訪問診療中の場合も含まれます。 ・認定疾病及びその治療によって生じたと認められる疾病（後遺症等）に対する治療が行われている場合も含まれます。
認定疾病 に対する 治療状況	認定疾病に係る受診状況（いずれかに○）(※2) ア. 定期的に受診し現在治療中 イ. 定期的に受診し経過観察中 ウ. 定期的な受診は行っていない 手術、放射線治療、化学療法等の根治的治療の詳細を記載して下さい。
	認定疾病に対して過去に行った主な治療（手術等） （手術等） ●●切除術 （実施時期） 平成**年*月*日
	現在行っている治療の内容（認定疾病に係る受診状況でアに○をつけた場合に記入） 認定疾病自体に対するもの 化学療法（**）平成*年*月*日～同年*月*日まで（*コース）施行中 現在（受診時）行っている治療について、使用薬剤名や時期を詳しく記載して下さい。
	認定疾病の治療によって生じた疾病（後遺症等）に対するもの （疾病名）好中球減少症 （治療内容）G-CSF 製剤（**）注射 認定疾病の治療によって生じた疾病（後遺症等）についても、上記と同様に使用薬剤名や時期を詳しく記載して下さい。
	認定疾病以外 に関する 特記事項 ▲▲がんで手術。 原爆症認定を受けた疾病以外の疾病で、特記すべき事項があれば記載して下さい。特に、悪性腫瘍、白血病、副甲状腺機能亢進症、心筋梗塞、甲状腺機能低下症、慢性肝炎・肝硬変、放射性白内障（加齢性白内障を除く）は、原爆症として積極的に認定する範囲に含まれていることから、これらの疾患が認められる場合は記載をお願いします。
以上のとおり、診 平成**年	医療機関の名称 * * * * * * * * 所在地 * * * * * * * * * * 医師氏名 * * * * * * * * * * (印)


記入上の注意等

(※1) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項又は第24条第2項の認定に係る負傷又は疾病（本診断書では「認定疾病」とします。）の名称を記入してください。

(※2) 定期的な通院には、本診断書の記載のための受診を含みません。

様式第十号（第二十九条関係）

診 断 書（医療特別手当用）

氏名、 生年月日 及び居住地	 明治 大正 昭和 **年 *月 *日生	郵便番号 ***-*** **市 **町 *-*	男 女
認定疾病 の名称（※1）	甲状腺機能低下症 原爆症の認定証又は医療特別手当証書に記載された疾病名を記載して下さい。		
認定疾病に関 する現症及び 検査所見	平成**年*月検査（TSH **） 再発の有無や治療の必要性がわかる検査所見を記載して下さい。 ・受診には入院中や訪問診療中の場合も含まれます。 ・認定疾病及びその治療によって生じたと認められる疾病（後遺症等）に対する治療が行われている場合も含まれます。		
認定疾病 に対する 治療状況	認定疾病に係る受診状況（いずれかに○）（※2）		
	ア. 定期的に受診し現在治療中		白内障であれば手術、心筋梗塞であれば発症後のステント留置術等の根治的治療を記載して下さい。
	イ. 定期的に受診し経過観察中		
	ウ. 定期的な受診は行っていない		
	認定疾病に対して過去に行った主な治療（手術等）		
（手術等）	（実施時期）		
チラージン内服	平成**年*月*日		
現在行っている治療の内容（認定疾病に係る受診状況でアに○をつけた場合に記入）	認定疾病自体に対するもの		
チラージン内服中	現在（受診時）行っている治療について、使用薬剤名や時期を詳しく記載して下さい。		
認定疾病の治療によって生じた疾病（後遺症等）に対するもの	（疾病名） なし		
（治療内容）	認定疾病の治療によって生じた疾病（後遺症等）についても、上記と同様に使用薬剤名や時期を詳しく記載して下さい。		
認定疾病以外 に関する 特記事項	前立腺がんでホルモン治療中（▲▲医院）。 原爆症認定を受けた疾病以外の疾病で、特記すべき事項があれば記載して下さい。特に、悪性腫瘍、白血病、副甲状腺機能亢進症、心筋梗塞、甲状腺機能低下症、慢性肝炎・肝硬変、放射性白内障（加齢性白内障を除く）は、原爆症として積極的に認定する範囲に含まれていることから、これらの疾患が認められる場合は記載をお願いします。		
以上のとおり、診断	平成**年		
	医療機関の名称	*****	
	所在地	*****	
	医師氏名	** ** (印)	

記入上の注意等

（※1） 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項又は第24条第2項の認定に係る負傷又は疾病（本診断書では「認定疾病」とします。）の名称を記入して下さい。

（※2） 定期的な通院には、本診断書の記載のための受診を含みません。