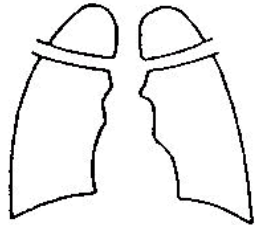


石綿による健康被害の救済に関する法律
 認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用
 診断書（中皮腫用）

患者氏名		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日（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下さい。

原発部位	<input type="checkbox"/> 胸膜（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明） <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 心膜 <input type="checkbox"/> 精巣鞘膜 <input type="checkbox"/> その他（ ）	 平成 年 月 日
組織型	<input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> 特殊型（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
中皮腫の確定診断年月日	平成 年 月 日	
その他の参考事項	(石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、ご記入下さい。)	

【臨床経過】 ※治療内容等を含め、現在までの臨床経過を記載して下さい。

<診断に至った経緯>

<治療内容>

<現在の病状>

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成 年 月 日 (裏面の注釈参照)

※可能であれば、下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

【中皮腫の診断の根拠】

※中皮腫の診断の根拠となったものについて□に✓印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい(写し可)。

<input type="checkbox"/> 単純エックス線画像	(<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他：)
撮影年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> CT画像	(<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他：)
撮影年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の画像	(検査名：)
撮影年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 病理組織診断書 (判定様式第4号又はそれと同等の内容を含む病理組織診断書を添付して下さい)	
病理診断年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 細胞診報告書 (判定様式第5号又はそれと同等の内容を含む細胞診報告書を添付して下さい)	
検査実施年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の検査	(検査名：)
検査実施年月日	平成 年 月 日

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関所在地
 医療機関の名称
 電話番号
 診療担当科名
 医師の氏名

印

(注 釈)

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）

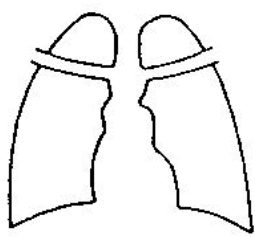
第四条

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。

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（石綿を原因とする肺がん用）

患者氏名		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日（才）
診断名					カルテ番号

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入して下さい。

原発部位	1. 左右の別 <input type="checkbox"/> 右肺 <input type="checkbox"/> 左肺 2. 分類 <input type="checkbox"/> 末梢型（肺野型） <input type="checkbox"/> 中枢型（肺門型）	 <p>平成 年 月 日</p>
組織型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 小細胞癌 <input type="checkbox"/> 大細胞癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
肺がんの確定診断年月日	平成 年 月 日	
肺組織摘出術（生検を除く）の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・術式（ ） ・手術施行日 平成 年 月	
その他のがんの既往歴の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・がんの部位（ ） ・がんの発症時期 平成 年 月	
石綿が原因であることの根拠（裏面の判定基準参照）	<input type="checkbox"/> ①胸部単純エックス線検査及び胸部CT検査による所見 <input type="checkbox"/> ②肺内石綿小体又は石綿繊維の量 <input type="checkbox"/> ③その他（ ）	
その他の参考事項	1) 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（ 歳から 歳まで、喫煙本数 本／日）	
	2) 石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、ご記入下さい。	

【臨床経過】 ※治療内容等を含め、現在までの臨床経過を記載して下さい。

--

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成 年 月 日 (裏面の注釈参照)

※可能であれば、下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

【肺がんの診断の根拠】

※肺がんの診断の根拠となったものについて□に☑印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい (写し可)。

<input type="checkbox"/> 胸部単純エックス線画像	撮影年月日	平成	年	月	日
<input type="checkbox"/> 胸部C T画像 (H R C T画像を含む)	撮影年月日	平成	年	月	日
<input type="checkbox"/> 病理組織診断書	病理診断年月日	平成	年	月	日
<input type="checkbox"/> 細胞診報告書	検査実施年月日	平成	年	月	日
<input type="checkbox"/> その他の検査 (検査名：)	検査実施年月日	平成	年	月	日

【石綿が原因であることの根拠】

※石綿が原因であることの根拠となったもの、ならびに確認された所見について□に☑印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい (写し可)。(肺がんの診断の根拠資料と同一でも可)

<input type="checkbox"/> 胸部単純エックス線画像	撮影年月日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> 肺線維化
						<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 胸部C T画像 (H R C T画像の添付が望ましい)	撮影年月日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> 肺線維化
						<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 石綿計測結果報告書 (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下さい。)	検査実施年月日	平成	年	月	日		
<input type="checkbox"/> その他の検査・画像 (検査・画像名：)	検査実施年月日	平成	年	月	日		

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関所在地
 医療機関の名称
 電話番号
 診療担当科名
 医師の氏名

印

(判定基準)

石綿を原因とする肺がんであると判断する医学的所見としては、次の①又は②のいずれかの場合が考えられます。

- ① 胸部エックス線検査又は胸部CT検査により、胸膜プラーク(肥厚斑)が認められ、かつ、胸部エックス線検査でじん肺法に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)があつて胸部CT検査においても肺線維化所見が認められる場合
- ② 肺内石綿小体又は石綿繊維の量が一定量以上(乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体若しくは200万本以上(5 μ m超。2 μ m超の場合は500万本以上)の石綿繊維又は気管支肺胞洗浄液1ml当たり5本以上の石綿小体)認められる場合

(注 釈)

認定は、療養を開始した日(その日が認定の申請のあつた日の3年前の日前であるときは、当該申請のあつた日の3年前の日)にさかのぼつ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つた日の三年前の日前である場合には、当該申請のあつた日の三年前の日。以下「基準日」という。)にさかのぼつてその効力を生ずる。

石綿による健康被害の救済に関する法律
 施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用

石綿が原因であることの根拠に関する報告書（石綿を原因とする肺がん用）

患者氏名		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
診断名					カルテ番号

石綿が原因であることを示す医学的所見 (裏面の判定基準参照)	
その他の参考事項	(石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、ご記入下さい。)

※石綿が原因であることの根拠となったもの、ならびに確認された所見について□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい(写し可)。

<input type="checkbox"/> 胸部単純エックス線画像 撮影年月日 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 肺線維化 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 胸部CT画像 (HRC T画像の添付が望ましい) 撮影年月日 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 肺線維化 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 石綿計測結果報告書 (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下さい) 検査実施年月日 平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他の検査・画像 (検査・画像名 :) 検査実施年月日 平成 年 月 日	

※肺組織採取等に関する事項

肺摘出術あるいは剖検による採取の有無 (生検を除く)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	・術式 () ・実施日 平成 年 月 日
----------------------------	---	--------------------------

上記のとおり石綿が原因であることを示す医学的所見が認められたことを報告します。

平成 年 月 日

医療機関所在地
 医療機関の名称
 電話番号
 診療担当科名
 医師の氏名

印

(判定基準)

石綿を原因とする肺がんであると判断する医学的所見としては、次の①又は②のいずれかの場合が考えられます。

- ① 胸部エックス線検査又は胸部CT検査により、胸膜プラーク(肥厚斑)が認められ、かつ、胸部エックス線検査でじん肺法に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)があつて胸部CT検査においても肺線維化所見が認められる場合
- ② 肺内石綿小体又は石綿繊維の量が一定量以上(乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体若しくは200万本以上(5 μ m超。2 μ m超の場合は500万本以上)の石綿繊維又は気管支肺胞洗浄液1ml当たり5本以上の石綿小体)認められる場合

判定様式第4号

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
病理組織診断書

※本様式と同等の内容を含む病理組織診断書の写し等の添付で代替しても差し支えない。

患者氏名		男・女	生年 月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成 (才)
病理組織診断名				病理組織診断実施施設名
				病理組織標本番号

【検査の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 年 月 日
病理診断年月日	平成 年 月 日
診断材料 (手術または剖検材料を優先して記載して下さい。)	<input type="checkbox"/> 生検 (<input type="checkbox"/> 局麻胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 全麻胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下腹膜生検 <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 胸膜肺全摘術 <input type="checkbox"/> 胸膜切除術 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：)
実施した染色等	<input type="checkbox"/> 免疫染色 (抗体名) <input type="checkbox"/> calretinin (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> WT1 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> D2-40 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> CAM5.2 ^{注1)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> AE1/AE3 ^{注1)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> CEA ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> TTF-1 ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> Ber-EP4 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> MOC-31 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> その他 ()

注1) 肉腫型中皮腫が疑われる場合に確認することが望ましい。
注2) 肺がんと鑑別を要する場合に確認することが望ましい。
注3) 卵巣がんと鑑別を要する場合に確認することが望ましい。

【所見】 ※主にHE染色に基づく形態的所見 (腫瘍細胞の形態・増殖形態等) を詳細に記載して下さい。

--

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

--

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関所在地
医療機関の名称
電話番号
担当科名
医師の氏名

印

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
細胞診報告書

※本様式と同等の内容を含む細胞診報告書の写し等の添付で代替しても差し支えない。

患者氏名		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (才)
細胞診結果	細胞診実施施設名				
	細胞診標本番号				

【検査の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 年 月 日																
細胞診年月日	平成 年 月 日																
細胞診材料	<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 心嚢水 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）																
実施した染色等	<input type="checkbox"/> 免疫染色（抗体名） <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>calretinin</td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> <td><input type="checkbox"/>D2-40</td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>CAM5.2 <small>注1)</small></td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> <td><input type="checkbox"/>AE1/AE3 <small>注1)</small></td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>CEA <small>注2)</small></td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> <td><input type="checkbox"/>TTF-1 <small>注2)</small></td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ber-EP4 <small>注3)</small></td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> <td><input type="checkbox"/>MOC-31 <small>注3)</small></td> <td>(<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性)</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> ギムザ染色 <input type="checkbox"/> その他（PAS 染色、酸性粘液染色、ヒアルロニダーゼ消化試験、電子顕微鏡検索等の結果があれば記載して下さい。） (_____)	<input type="checkbox"/> calretinin	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> D2-40	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> CAM5.2 <small>注1)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> AE1/AE3 <small>注1)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> CEA <small>注2)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> TTF-1 <small>注2)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> Ber-EP4 <small>注3)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> MOC-31 <small>注3)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)
<input type="checkbox"/> calretinin	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> D2-40	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)														
<input type="checkbox"/> CAM5.2 <small>注1)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> AE1/AE3 <small>注1)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)														
<input type="checkbox"/> CEA <small>注2)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> TTF-1 <small>注2)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)														
<input type="checkbox"/> Ber-EP4 <small>注3)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)	<input type="checkbox"/> MOC-31 <small>注3)</small>	(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)														

注1) 肉腫型中皮腫が疑われる場合に確認することが望ましい。
注2) 肺がんととの鑑別を要する場合に確認することが望ましい。
注3) 卵巣がんととの鑑別を要する場合に確認することが望ましい。

【所見】 ※主にパパニコロウ染色標本に基づく形態的所見（腫瘍細胞の形態・増殖形態等）を詳細に記載して下さい。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関所在地
医療機関の名称
電話番号
担当科名
医師の氏名

印

石綿による健康被害の救済に関する法律
 認定申請用／特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用
 石綿計測結果報告書

患者氏名		男・女	生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (才)
石綿計測実施施設名				検査番号	

【計測の詳細】 ※該当する□に☑印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 年 月 日
計測年月日	平成 年 月 日
検査材料	<input type="checkbox"/> 病理解剖 <input type="checkbox"/> 生検 (<input type="checkbox"/> VATS <input type="checkbox"/> TBLB <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 手術（生検を除く） <input type="checkbox"/> BALF <input type="checkbox"/> その他（)
計測方法	<input type="checkbox"/> 位相差顕微鏡による石綿小体の計測 <input type="checkbox"/> 分析走査型電子顕微鏡による石綿繊維の計測 <input type="checkbox"/> 分析透過型電子顕微鏡による石綿繊維の計測 <input type="checkbox"/> その他

【肺組織の計測結果】 ※該当する□に☑印を付し、必要事項を記入してください。

検体保存状態	<input type="checkbox"/> ホルマリン固定 <input type="checkbox"/> パラフィンブロック
検体部位	<input type="checkbox"/> 右肺上葉 <input type="checkbox"/> 右肺中葉 <input type="checkbox"/> 右肺下葉 <input type="checkbox"/> 左肺上葉 <input type="checkbox"/> 左肺下葉 <input type="checkbox"/> 部位不明 <input type="checkbox"/> その他（)

計測結果

検体部位	湿重量 (g)	乾燥重量 (g)	位相差顕微鏡による 石綿小体測定結果		電子顕微鏡による 石綿繊維測定結果			
			石綿小体濃度 (AB/g (乾燥肺))	検出 下限値 (AB/g (乾燥肺))	石綿繊維濃度 (F/g (乾燥肺))	検出 下限値 (F/g (乾燥肺))	石綿繊維の 長さ	
							5 μm 以上	2 μm 以上
1)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(注) AB：石綿小体数、F：石綿繊維数
 検出下限値：実施した計測において、1本の石綿小体又は石綿繊維が検出されたときの石綿小体濃度又は石綿繊維濃度

【BALFの計測結果】 ※該当する□に☑印を付し、必要事項を記入してください。

採取部位	<input type="checkbox"/> 右肺上葉 <input type="checkbox"/> 右肺中葉 <input type="checkbox"/> 右肺下葉 <input type="checkbox"/> 左肺上葉 <input type="checkbox"/> 左肺下葉 <input type="checkbox"/> 部位不明 <input type="checkbox"/> その他 ()																								
検査に用いた生理食塩水の注入量及び回収量	・ 注入量 ml ・ 回収量 ml																								
計測結果																									
<table border="1"><thead><tr><th>採取部位</th><th>BALF (ml)</th><th>石綿小体濃度 (AB/ml)</th><th>検出下限値 (AB/ml)</th></tr></thead><tbody><tr><td>1)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5)</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	採取部位	BALF (ml)	石綿小体濃度 (AB/ml)	検出下限値 (AB/ml)	1)				2)				3)				4)				5)				
採取部位	BALF (ml)	石綿小体濃度 (AB/ml)	検出下限値 (AB/ml)																						
1)																									
2)																									
3)																									
4)																									
5)																									
(注) BALF (ml) : 実際に計測に使用した量、AB : 石綿小体数 検出下限値 : 実施した計測において、1本の石綿小体が検出されたときの石綿小体濃度																									

【その他】

--

上記のとおり、計測結果を報告します。

平成 年 月 日

計測機関所在地
計測機関名称
電話番号
担当部署名
担当者氏名

印