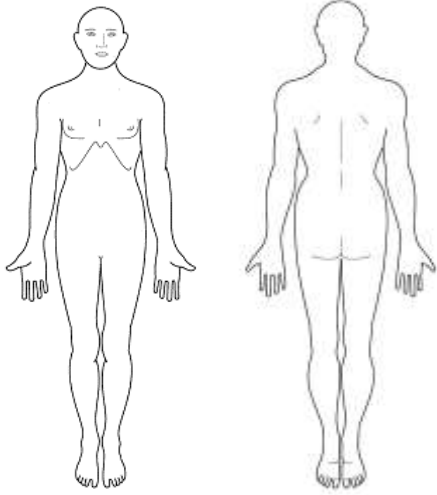


## 提出診断書

(注) 新たに提出診断書を提出する場合は、原則、以下の様式といたしますが、人形図も含め以下の項目が全て掲載されているのであれば、この様式に従っていただく必要はありません。

氏名		性別	男・女	職業	1. 漁業関係 2. その他 ( )
現住所	(過去の住所地)				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	( 歳)
現病歴			既往歴		
家族歴					
診察所見			<p>※感覚検査 (触覚・痛覚についての検査)</p> <p>・触覚 / / / / /</p> <p>・痛覚 \ \ \ \ \</p> <p>※口の周囲の感覚障害 (触覚、痛覚) についても確認して下さい。</p> <p>※背面 (足の裏を含む。) については、特記すべき事項があれば記入して下さい。</p>		
その他の神経症状	<input type="checkbox"/> しびれ ( ) <input type="checkbox"/> ふるえ ( ) <input type="checkbox"/> カラス曲がり (こむら返り・痙攣・足がつる) ( ) <input type="checkbox"/> 見える範囲が狭い・はっきり見えない ( ) <input type="checkbox"/> 耳が遠い・耳鳴り ( ) <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚 ( ) <input type="checkbox"/> 言葉を正確に発せない ( ) <input type="checkbox"/> めまい・立ち眩み ( ) <input type="checkbox"/> つまずきやすい・ふらつく ( ) <input type="checkbox"/> 物を落としやすい・手足の脱力感 ( )				
上記のとおり証明します	検査年月日	年	月	日	
(医療機関の名称)	(住所)				
(検診を行った医師の氏名)	①				
備考 (コメント欄)					

※舌の二点識別覚の障害、求心性視野狭窄の所見が認められる場合には備考にご記入下さい。

### <参考> 検診を行う医師の要件

次の要件のいずれをも満たす医師。

- 1 現在、神経内科、神経科又は精神科のある医療機関に在籍していること。
- 2 一定の施設基準を満たす医療機関に3年以上在籍した経験を有し、かつ、1年以上の臨床神経学的診療経験を有する医師。

原則として、1年間の神経疾患の入院患者が100人以上の施設とし、病院に臨床神経学的検査設備（脳波、筋電図、神経放射線学的検査など）を有し、定期的に神経カンファランス（臨床または C.P.C）を行い、神経疾患の剖検を行っているところとする。

### <記入上の注意>

#### 1. 診察所見の欄

表記の人形図に以下の内容に従って記入して下さい。

##### (1) 感覚障害（表在感覚）の検査方法について

###### ① 触覚

綿棒を用いて、身体各所の皮膚表面を軽く触り調べる。

###### ② 痛覚

爪楊枝を用いて、身体各所の皮膚表面を刺激して調べる。

##### (2) 感覚障害の記載方法について

###### ① // // // 触覚鈍麻のある部位を示す

\\ \\ \\ \\ 痛覚鈍麻のある部位を示す

###### ② およその鈍麻の程度を示す

(例) 5 / 10 正常を 10 / 10 とする。

##### (3) 口周囲の感覚障害（触覚、痛覚）についても確認して下さい。

#### 2. その他の神経症状の欄

被検者の応答をそのまま記載して下さい。

#### 3. 備考（コメント欄）

上記とは別に、お気付きの点等ございましたら記載して下さい。（自由記載）