



当院における指定疾病に係る療養開始日	平成 年 月 日 (注釈参照)
前医の 情報	医療機関名・担当科名： 医療機関名・担当科名：

【中皮腫の診断の根拠】(注釈参照)

※1 中皮腫の診断の根拠となったものについて□にレ印を付し、実施日等を記入した上で、該当する報告書等を添付してください(未実施の場合はレ印不要)。

※2 放射線画像については、該当するフィルム又は画像データを添付してください。

診断の根拠	添付資料	診断日
□病理組織診断	□判定様式第4号、□その他	平成 年 月 日
	□判定様式第4号、□その他	平成 年 月 日
	□判定様式第4号、□その他	平成 年 月 日
□細胞診断	□判定様式第5号、□その他	平成 年 月 日
	□判定様式第5号、□その他	平成 年 月 日
	□判定様式第5号、□その他	平成 年 月 日
□放射線画像所見	□単純エックス線画像	平成 年 月 日
	□単純CT画像	平成 年 月 日
	□造影CT画像	平成 年 月 日
	□MRI画像	平成 年 月 日
	□PET画像	平成 年 月 日
	□その他 ( )	平成 年 月 日
□その他	検査名：	平成 年 月 日

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

診療科名

医師氏名

印

(注 釈)

**【中皮腫診断の確からしさについて】**

中皮腫の診断に当たっては、臨床所見、臨床検査結果だけでなく、病理組織診断に基づく確定診断がなされることが極めて重要です。また、中皮腫は疾患頻度が低いこと、画像上特異的な所見を有さないことなどから、いわゆる除外診断だけでなく、病理組織診断において、他疾患との鑑別が適切に行われることが必要です。

なお、細胞診断結果とともに、その他の胸水等の検査データや画像所見等を総合して中皮腫であると判定できる場合があります。たとえ病理組織診断が行われていない場合であっても、細胞診断を実施するなどして、中皮腫であることを積極的に支持するような医学的資料を提出してください。

**【療養開始日について】**

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年前の前日であるときは、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）

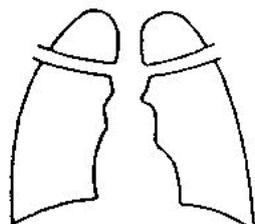
第四条

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前日である場合には、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ください。

原発部位	右肺： <input type="checkbox"/> 末梢型（肺野型） <input type="checkbox"/> 中枢型（肺門型） 左肺： <input type="checkbox"/> 末梢型（肺野型） <input type="checkbox"/> 中枢型（肺門型）	
	平成 年 月 日撮影	
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 ( )	
肺がんの診断根拠	<input type="checkbox"/> 病理組織診断 <input type="checkbox"/> 細胞診断 <input type="checkbox"/> 放射線画像所見 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 平成 年 月 日診断	
肺組織摘出術 (生検を除く)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：術式 ( ) 平成 年 月施行	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：術式 ( ) 平成 年 月施行	
他のがん既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位 ( ) 平成 年 月診断	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位 ( ) 平成 年 月診断	
石綿が原因で あることの根拠 (注釈参照)	<input type="checkbox"/> 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"/> 肺内石綿小体又は石綿繊維の量	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他の 参考事項	(石綿ばく露に関する情報を記入してください。)	
	喫煙歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 歳から 歳まで、喫煙本数 本/日)	
	石綿以外の粉じん吸入歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間・粉じん種別 ( )	
石綿ばく露を示す客観的な資料（事業者証明等）の提出の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		

【臨床経過】

※ 治療内容等を含め、現在までの臨床経過を記載、又は退院時診療要約等の臨床経過の詳細が分かる資料を添付してください。

< 診断に至った経緯 >

＜現在の病状及び治療内容＞	
当院における指定疾病に係る療養開始日	平成 年 月 日 (注釈参照)
前医の 情報	医療機関名・担当科名： 医療機関名・担当科名：

【肺がんの診断の根拠】

※ 放射線画像以外に、肺がんの診断の根拠となったものについて□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する報告書等を添付してください (写し可。未実施の場合にはレ印不要)。

診断の根拠	診断日
<input type="checkbox"/> 病理組織診断	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 細胞診断	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 (検査名： )	平成 年 月 日

【石綿が原因であることの根拠】

※1 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、該当事項を記入してください (未実施の場合はレ印不要)。

※2 放射線画像については、該当するフィルム又は画像データを添付してください。

※3 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ください (写し可)。

※4 石綿小体の存在が確認できる標本又は写真を添付してください。

根拠	所見・検査結果	実施日
<input type="checkbox"/> 胸部CT画像※2	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 肺線維化所見	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 胸部単純画像※2	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 肺線維化所見	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 石綿小体等	<input type="checkbox"/> 肺内石綿小体計測結果 5,000 本/g 以上※3	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> BALF 中石綿小体計測結果 5 本/ ml 以上※3	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 肺内石綿繊維計測結果※3	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 肺組織切片中の石綿小体※4	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	検査名：	平成 年 月 日

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

診療科名

医師氏名

印

(注 釈)

【判定の考え方について】

石綿を原因とする肺がんであると判定する医学的所見は、次のアからエまでのいずれかの場合です。

ア 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(昭和35年法律第30号)第4条第1項に定める第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。

イ 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認される場合。胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合。

(ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

(イ) 両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

ウ 胸部CT写真で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部CT写真の画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がり胸壁内側の4分の1以上の場合。

エ 次の(ア)から(オ)までのいずれかの所見が得られる場合。

(ア) 乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体。

(イ) 乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維(5 $\mu$ m超)。

(ウ) 乾燥肺重量1g当たり500万本以上の石綿繊維(1 $\mu$ m超)。

(エ) 気管支肺胞洗浄液1ml中5本以上の石綿小体。

(オ) 肺組織切片中の石綿小体(複数の肺組織切片を作製した場合には、そのいずれにも石綿小体が認められる必要がある。)

【療養開始日について】

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 ( 才)
診断名				カルテ番号	

【石綿が原因であることの根拠】（裏面の注釈参照）

- ※1 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、該当事項を記入してください（未実施の場合はレ印不要）。
- ※2 放射線画像については、該当するフィルム又は画像データを添付してください。
- ※3 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ください（写し可）。
- ※4 石綿小体の存在が確認できる標本又は写真を添付してください。

根拠	所見・検査結果	実施日
□胸部CT画像※2	□胸膜プラーク □肺線維化所見	平成 年 月 日
	□その他 ( )	平成 年 月 日
□胸部単純画像※2	□胸膜プラーク □肺線維化所見	平成 年 月 日
	□その他 ( )	平成 年 月 日
□石綿小体等	□肺内石綿小体計測結果 5,000 本/g 以上※3	平成 年 月 日
	□BALF 中石綿小体計測結果 5 本/ ml 以上※3	平成 年 月 日
	□肺内石綿繊維計測結果※3	平成 年 月 日
	□肺組織切片中の石綿小体※4	平成 年 月 日
□その他	検査名：	平成 年 月 日

【参考事項】

肺組織摘出術	□無 □有：術式 ( )	平成 年 月 施行
その他の参考事項	(石綿ばく露に関する情報を記入してください。)	
	喫煙歴： □無 □有 ( 歳から 歳まで、喫煙本数 本/日) 石綿以外の粉じん吸入歴：□無 □有 年間・粉じん種別 ( )	

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

診療科名

医師氏名

印

(注 釈)

【判定の考え方について】

石綿を原因とする肺がんであると判定する医学的所見は、原発性肺がんであって次のアからエまでのいずれかの場合です。

ア 胸部エックス線検査又は胸部C T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(昭和35年法律第30号)第4条第1項に定める第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C T検査においても肺線維化所見が認められる場合。

イ 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部C T画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認される場合。胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合。

(ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

(イ) 両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

ウ 胸部C T写真で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部C T写真の画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がり胸壁内側の4分の1以上の場合。

エ 次の(ア)から(オ)までのいずれかの所見が得られる場合。

(ア) 乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体。

(イ) 乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維(5 $\mu$ m超)。

(ウ) 乾燥肺重量1g当たり500万本以上の石綿繊維(1 $\mu$ m超)。

(エ) 気管支肺胞洗浄液1ml中5本以上の石綿小体。

(オ) 肺組織切片中の石綿小体(複数の肺組織切片を作製した場合には、そのいずれにも石綿小体が認められる必要がある。 )。

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  
病理診断書（病理組織診断）

※ 細胞診断及びセルブロック標本を用いた診断については、判定様式5号に記載してください。  
※ 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ありません。

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

【病理組織診断の詳細】※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を全て記入してください。

検体採取日	平成 年 月 日																																								
病理診断日	平成 年 月 日																																								
採取部位	<input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 心膜 <input type="checkbox"/> 精巣鞘膜 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																								
診断材料	<input type="checkbox"/> 生検： <input type="checkbox"/> 局麻胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 全麻胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 経皮的 <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"/> 病理解剖 <input type="checkbox"/> その他：( )																																								
組織型	<input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> 線維形成型 <input type="checkbox"/> その他特殊型 ( )																																								
形態所見	(HE染色に基づく組織形態的(腫瘍細胞の形態・増殖形態等)所見を詳細に記載してください。)																																								
他疾患との鑑別																																									
免疫染色結果	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>陽性</th> <th>陰性</th> <th>陽性</th> <th>陰性</th> <th>陽性</th> <th>陰性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">陽性マーカー</td> <td>calretinin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>WT1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AE1/AE3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>CAM5.2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">陰性マーカー</td> <td>CEA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TTF-1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MOC-31</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ER</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table>		陽性	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性マーカー	calretinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WT1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AE1/AE3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAM5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	陰性マーカー	CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TTF-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOC-31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他						
	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性																																			
陽性マーカー	calretinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WT1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
	AE1/AE3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAM5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
陰性マーカー	CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TTF-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
	MOC-31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
その他																																									
*留意事項																																									
①上皮型中皮腫：陽性マーカー (calretinin、WT1、D2-40) 2種類、 陰性マーカー (※) 2種類ずつの合計4種類以上の免疫染色を実施してください。 (※胸膜中皮腫の場合はCEAに加えて、TTF-1、NapsinA、PE10 腹膜中皮腫の場合はCEAに加えて、Ber-EP4、 MOC-31 なお、婦人科腫瘍との鑑別を要する場合には、上記に加えて、ER、PgR)																																									
②肉腫型/線維形成型中皮腫：CAM5.2、AE1/AE3の免疫染色を実施してください。																																									

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地  
電話番号  
医療機関名  
診療科名

病理医氏名

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  
病理診断書（細胞診断）

※ セルブロック標本を用いた診断については、本様式に記載してください。  
※ 本様式と同等の内容を含む細胞診断報告書の写し等の添付で代替しても差し支えありません。

患者氏名		男・女	生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 ( 才)
病理 診断名				診断実施施設名	細胞診断標本番号

【細胞診断の詳細】※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を全て記入してください。

検体採取日	平成	年	月	日
病理診断日	平成	年	月	日
診断材料	<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 心嚢水 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
染色種類	<input type="checkbox"/> パパニコロウ染色 <input type="checkbox"/> ギムザ染色 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
形態所見	(パパニコロウ染色等に基づく細胞形態的(腫瘍細胞の形態・集簇形態等)所見を詳細に記載してください。)			
他疾患との鑑別				
免疫染色結果等				
	陽性	陰性	陽性	陰性
陽性マーカー	calretinin	<input type="checkbox"/>	WT1	<input type="checkbox"/>
陰性マーカー	CEA	<input type="checkbox"/>	TTF-1	<input type="checkbox"/>
	MOC-31	<input type="checkbox"/>	ER	<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ください。)			
*留意事項				
①上皮型中皮腫：陽性マーカー (calretinin、WT1、D2-40) 2種類、陰性マーカー (※) 2種類ずつの合計4種類以上の免疫染色を実施してください。 (※胸膜中皮腫の場合はCEA及び、TTF-1、NapsinA、PE10 腹膜中皮腫の場合はCEAに加えて、Ber-EP4、MOC-31。 なお、婦人科腫瘍との鑑別を要する場合には、上記に加えて、ER、PgR)				

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地  
電話番号  
医療機関名  
診療科名

病理医氏名 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  
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)
検査実施施設名			検査番号		

【計測方法の詳細】 ※ 該当する□にレ印を付し、必要事項を全て記入してください。

検体採取日	平成 年 月 日	計測日	平成 年 月 日
検査材料	□手術 ( ) □BALF □その他 ( )		
保存状態	□ホルマリン固定 □パラフィン包埋 □その他 ( )		
計測方法	<input type="checkbox"/> 位相差顕微鏡による石綿小体計測 <input type="checkbox"/> 走査型電子顕微鏡による石綿繊維計測 <input type="checkbox"/> 透過型電子顕微鏡による石綿繊維計測 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【肺組織の計測結果】

※1 該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

※2 検出下限値とは、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です。計測結果を適切に評価するために必要な数値ですので、検出下限値を必ず記載してください。

肺内石綿小体

( AB : 石綿小体数 )

検体部位	湿重量	乾燥重量	石綿小体濃度	検出下限値 <sup>※2</sup>
	g	g	AB/g(乾燥肺)	AB/g(乾燥肺)
	g	g	AB/g(乾燥肺)	AB/g(乾燥肺)

肺内石綿繊維

( F : 石綿繊維数 )

検体部位	湿重量	乾燥重量	石綿繊維濃度	検出下限値 <sup>※2</sup>
	g	g	5 $\mu$ m以上 : F/g(乾燥肺) 1 $\mu$ m以上 : F/g(乾燥肺)	F/g(乾燥肺)

BALF 中石綿小体

( AB : 石綿小体数 )

採取部位	注入量	回収量	石綿小体濃度	検出下限値 <sup>※2</sup>
	m $\ell$	m $\ell$	AB/ m $\ell$	AB/ m $\ell$
	m $\ell$	m $\ell$	AB/ m $\ell$	AB/ m $\ell$

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

診療科名

医師氏名

印

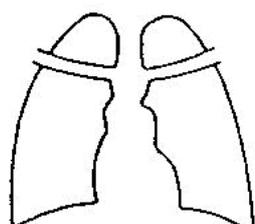
技師氏名

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  
 診断書（著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺用）

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】 ※ 該当する所見の部位として、□にレ印を付し、必要事項を全て記入してください。

胸部単純 画像所見	じん肺法に定める 小陰影区分	(右) (左) 胸膜プラーク	( ) □ □	( ) 平成 年 月 日撮影	
胸部CT 画像所見	小葉間隔壁肥厚 小葉内間質肥厚 胸膜下曲線様陰影 すりガラス様陰影 網状影 蜂窩肺 肺実質内帯状影 胸膜プラーク	(右) (左) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	( ) 平成 年 月 日撮影	その他の所見 ( )	
放射線画像上、初めて石綿肺所見を認めた時期			平成 年 月 頃		
石綿肺の確定診断年月日			平成 年 月 日		
石綿 ばく露歴	(石綿肺の診断の根拠となった、大量の石綿ばく露に関する情報を記入してください。)				
喫煙歴等	喫煙歴：□無 □有（ 歳から 歳まで、喫煙本数 本／日） 石綿以外の粉じん吸入歴：□無 □有（ 年間）・粉じん種別（ ）				

**【臨床経過】**

※ 治療内容等を含め、現在までの臨床経過を記載、又は退院時診療要約等の臨床経過の詳細が分かる資料を添付してください。

<診断に至った経緯>	
<現在の病状（合併症等に関する情報を含む。）及び治療内容>	
在宅酸素療法：□無 □有（ 年 月より）	
当院における指定疾病に係る療養開始日	平成 年 月 日（注釈参照）
前医の 情報	医療機関名・担当科名： 医療機関名・担当科名：

**【呼吸機能障害に係る情報】**

- ※ 1 呼吸機能検査は、症状安定時において3回以上実施してください。
- ※ 2 呼吸機能検査は、画像診断と同時期のものを記載してください。
- ※ 3 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください（必須）。
- ※ 4 動脈血ガス分析は、可能な限り酸素吸入をしていないときの検査結果を記載してください（酸素吸入時の検査である場合には、その旨を記載してください）。

身長	cm	呼吸機能検査			動脈血ガス分析		
体重	kg						
検査日	%VC	1秒率	1秒量	検査日	PaO <sub>2</sub>	AaDO <sub>2</sub>	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	

**【気管支肺胞洗浄液】** ※ 該当する□に☑印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取日	平成 年 月 日	検査日	平成 年 月 日
石綿小体	採取部位：	注入力：	mℓ / 回収量： mℓ
	計測方法：	□位相差顕微鏡による計測 □その他（ ）	
	濃度：	AB/g(乾燥肺) / 検出下限値：	AB/g(乾燥肺)
細胞分画	マクロファージ	%・リンパ球	%・好中球    %・好酸球    %・CD4/CD8    %

【血液学的所見】 ※該当する□に☑印を付し、必要事項を記入してください。

検査日	平成 年 月 日
生化学	KL-6 : U/ml、 SP-D : ng/ml、 SP-A : ng/ml、 LDH : IU/l
自己免疫抗体	リウマチ因子 : <input type="checkbox"/> 強陽性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 RAPA : <input type="checkbox"/> 強陽性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 抗核抗体 : 倍、 MPO-ANCA EU その他 ( )

【病理学的所見】 ※ 該当する□に☑印を付し、必要事項を記入してください。

採取日	平成 年 月 日	病理組織標本番号
診断日	平成 年 月 日	
診断材料	<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 経気管支的肺生検 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
病理診断	<input type="checkbox"/> UIP <input type="checkbox"/> NSIP <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> RB <input type="checkbox"/> DAS <input type="checkbox"/> LIP <input type="checkbox"/> その他 ( ) 石綿小体 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
形態所見	(上記診断の根拠となる病理組織の形態的所見を記載して下さい。)	

【鑑別除外診断】 ※ 鑑別除外した疾患(既往も含む)について、該当する□に☑印を付してください。

	鑑別 (できる)	(できない)		鑑別 (できる)	(できない)
石綿肺以外のじん肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特発性間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	好酸球性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癌性リンパ管症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞上皮癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血管炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺リンパ脈管筋腫症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過敏性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ランゲルハンス細胞肉芽腫症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
放射線肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

診療科名

医師氏名

印

(注 釈)

**【療養開始日について】**

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年前の前日であるときは、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）

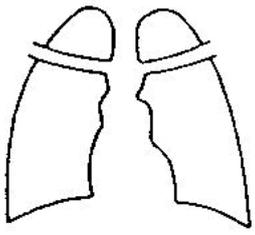
第四条

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前日である場合には、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（著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚用）

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ください。

画像所見  （注：胸膜の肥厚は、臓側胸膜の肥厚をいう。）		(右)	(左)		
	最厚部分の厚さ	mm	mm		
	肋横角鈍化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	壁側胸膜癒着	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	胸水（※1）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> その他（                      ）
	（※1）胸水に関するCT画像上の所見：				
	<input type="checkbox"/> 胸水の不均一性 <input type="checkbox"/> Crow's feet sign 又は円形無気肺 <input type="checkbox"/> 胸水中のエアー				
	<input type="checkbox"/> 胸郭容量の低下（概ね3か月以上胸水量が増加していない場合のみ）				
	胸膜の肥厚の頭尾（側胸壁の）		左： <input type="checkbox"/> 1/4 以下 <input type="checkbox"/> 1/4～1/2 <input type="checkbox"/> 1/2 以上		
方向への広がり（側胸壁の）		右： <input type="checkbox"/> 1/4 以下 <input type="checkbox"/> 1/4～1/2 <input type="checkbox"/> 1/2 以上			
確認方法： <input type="checkbox"/> 単純エックス線画像		平成    年    月    日撮影			
<input type="checkbox"/> CT画像		平成    年    月    日撮影			
		平成    年    月    日撮影（※2）			
（※2）「胸郭容量の低下」にチェックした場合は、胸水量が増加していないことを確認するため、概ね3か月以上間隔の開いた2つ以上のCT画像の提出が必要となります。					
放射線画像上、初めてびまん性胸膜肥厚を認めた時期			平成    年    月頃		
びまん性胸膜肥厚の確定診断日			平成    年    月    日		
石綿ばく露歴	（びまん性胸膜肥厚の診断の根拠となった、大量の石綿ばく露に関する情報を記入してください。）				
喫煙歴等	喫煙歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（    歳から    歳まで、喫煙本数    本/日） 石綿以外の粉じん吸入歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（    年間）・粉じん種別（                      ）				

【臨床経過】

※ 治療内容等を含め、現在までの臨床経過を記載、又は、退院時診療要約等の臨床経過の分かる資料があれば添付してください。

<診断に至った経緯>
<現在の病状及び治療内容>
在宅酸素療法： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（    年    月より）

当院における指定疾病に係る療養開始日	平成	年	月	日 (注釈参照)
前医の 情報	医療機関名・担当科名： 医療機関名・担当科名：			

【呼吸機能障害に係る情報】

- ※1 呼吸機能検査は、症状安定時において3回以上実施してください。
- ※2 呼吸機能検査は、画像診断と同時期のものを記載してください。
- ※3 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください (必須)。
- ※4 動脈血ガス分析は、可能な限り酸素吸入をしていないときの検査結果を記載してください (酸素吸入時の検査である場合には、その旨を記載してください)。
- ※5 AaDO<sub>2</sub>の計算は、大気中の酸素分圧を 150Torr、呼吸商を 0.83 として求めてください。

身長 cm	体重 kg	呼吸機能検査			動脈血ガス分析		
検査日	%VC	1秒率	1秒量	検査日	PaO <sub>2</sub>	AaDO <sub>2</sub>	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	
平成 年 月 日	%	%	mℓ	平成 年 月 日	Torr	Torr	

【石綿が原因であることの根拠と鑑別診断】

- ※1 石綿が原因であることの根拠となったもの、ならびに確認した鑑別疾患について□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する報告書等を添付してください (写し可)。
- ※2 石綿小体計測結果については、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ください。

石綿計測結果	□無 □有 (平成 年 月 日)			
病理組織診断	□無 □有 (平成 年 月 日)			
既往歴等	感染症 (細菌性膿胸、結核等)	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	膠原病 (リウマチ等)	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	尿毒症性胸膜炎	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	薬剤性線維性胸膜炎	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	放射線治療後	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	外傷性血胸後	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	悪性腫瘍	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	特発性両側線維性胸膜炎	□無	□有 (平成 年 月 頃)	□不明
	胸部手術後 (冠動脈バイパス術の開胸術後等)	□無	□有 (平成 年 月 頃、	手術)
その他 ( )				

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

診療科名

医師氏名

印

(注 釈)

**【療養開始日について】**

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  
 石綿のばく露に関する申告書

患者氏名		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 ( 才)
申請疾病または 請求疾病	<input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚				

【職歴】 現在までの職歴を記入してください。(1 / \_\_ 枚目)

※石綿のばく露の有無に関わらず、これまで従事してきた作業を、アルバイト等短期間の仕事も含めて記入してください(欄は従事した期間が古い仕事の順に使用し、足りない場合は、追加記入用紙を使用してください)。

従事した 期間	昭和 平成	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)	
	～ 昭和 平成	年 月				
会社名				事業場の 事業内容	事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地						

従事した 期間	昭和 平成	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)	
	～ 昭和 平成	年 月				
会社名				事業場の 事業内容	事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地						

従事した 期間	昭和 平成	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)	
	～ 昭和 平成	年 月				
会社名				事業場の 事業内容	事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地						

\*(注) どのような作業に従事していたか、番号を選んだ上で仕事の内容を記入してください。

- |                       |                    |                      |
|-----------------------|--------------------|----------------------|
| (1) 石綿製品製造業           | (7) 建築・建設関連作業      | (13) セメント製品製造に関わる作業  |
| (2) 石綿(石綿含有岩綿等)吹きつけ作業 | (8) 石綿のある倉庫内の作業    | (14) レンガ、陶磁器製造に関わる作業 |
| (3) 配管・断熱・保温・ボイラー関連作業 | (9) 港湾での作業         | (15) 化学工場内の作業        |
| (4) 解体作業              | (10) 鉄鋼所及び鉄製品製造作業  | (16) 清掃工場・廃棄物回収の作業   |
| (5) 石綿原綿・石綿製品運搬業      | (11) 自動車製造業・自動車整備工 | (17) 車両(電車等)製造維持補修作業 |
| (6) 造船所内の作業           | (12) ガラス製品製造に関わる作業 | (18) その他の作業          |

判定様式第9号

【その他の情報】

①現在までの居住歴を記入してください。(1 / \_\_\_ 枚目)

居 住 期 間	住 所	居住地付近の状況
明治 大正 年 月 昭和 平成		
～ 明治 大正 年 月 昭和 平成		
明治 大正 年 月 昭和 平成		
～ 明治 大正 年 月 昭和 平成		
明治 大正 年 月 昭和 平成		
～ 明治 大正 年 月 昭和 平成		
明治 大正 年 月 昭和 平成		
～ 明治 大正 年 月 昭和 平成		
明治 大正 年 月 昭和 平成		
～ 明治 大正 年 月 昭和 平成		

②その他の石綿のばく露の機会について、心当たりがあれば記入してください。

※該当する□にレ点を付し具体的な状況を記入してください。

<input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事をしており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。 <input type="checkbox"/> 石綿に関する作業が、自宅で行われた。 <input type="checkbox"/> 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹き付けられていた。 <input type="checkbox"/> 職場以外の石綿取扱施設に出入りをしていた。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(具体的な状況)

上記のとおり、申告します。

平成 年 月 日

記入者連絡先  
(電話番号)

本人との関係

記入者氏名

印 (自筆署名の場合は押印省略可)

※本様式に記載の内容は、個人を特定できないように統計的処理を施した上で、環境省及び環境再生保全機構が実施する「被認定者に関する医学的所見等の解析及びばく露状況調査」等の調査事業に使用することがあります。

判定様式第9号

(職歴の追加記入用紙： \_\_\_ / \_\_\_ 枚目)

患者氏名 \_\_\_\_\_

従事した 期間	昭和 平成	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)		
	～ 昭和 平成	年 月					
会社名			事業場の 事業内容			事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地							

従事した 期間	昭和 平成	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)		
	～ 昭和 平成	年 月					
会社名			事業場の 事業内容			事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地							

従事した 期間	昭和 平成	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)		
	～ 昭和 平成	年 月					
会社名			事業場の 事業内容			事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地							

従事した 期間	昭和 平成	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)		
	～ 昭和 平成	年 月					
会社名			事業場の 事業内容			事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地							

- |                       |                    |                      |
|-----------------------|--------------------|----------------------|
| (1) 石綿製品製造業           | (7) 建築・建設関連作業      | (13) セメント製品製造に関わる作業  |
| (2) 石綿（石綿含有岩綿等）吹きつけ作業 | (8) 石綿のある倉庫内の作業    | (14) レンガ、陶磁器製造に関わる作業 |
| (3) 配管・断熱・保温・ボイラー関連作業 | (9) 港湾での作業         | (15) 化学工場内の作業        |
| (4) 解体作業              | (10) 鉄鋼所及び鉄製品製造作業  | (16) 清掃工場・廃棄物回収の作業   |
| (5) 石綿原綿・石綿製品運搬業      | (11) 自動車製造業・自動車整備工 | (17) 車両（電車等）製造維持補修作業 |
| (6) 造船所内の作業           | (12) ガラス製品製造に関わる作業 | (18) その他の作業          |

判定様式第9号

(居住歴の追加記入用紙： \_\_\_ / \_\_\_ 枚目)

患者氏名 \_\_\_\_\_

居 住 期 間	住 所	居住地付近の状況
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		
明治 大正 昭和 平成           年    月		
～ 明治 大正 昭和 平成           年    月		

