藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策実施要綱に基づく
補償・給付認定（びまん性胸膜肥厚）用

診断（意見）書

患者氏名		男 ・ 女	生年月日	年　月　日
診断名			初診年月日	年　月　日

【診断の詳細】※該当する□にレ印を入れ，必要事項を記入してください。

壁側胸膜との癒着の有無及び範囲・程度	□有 □無	右側胸膜　[広がり]　□1/4 未満　□1/4 以上 1/2 未満　□1/2 以上 [厚さ]最も厚いところ　mm　[肋横角の鈍化]□有　□無 左側胸膜　[広がり]　□1/4 未満　□1/4 以上 1/2 未満　□1/2 以上 [厚さ]最も厚いところ　mm　[肋横角の鈍化]□有　□無 確認方法：□単純エックス線画像（　年　月　日撮影） □ＣＴ画像　（　年　月　日撮影） （　年　月　日撮影）※1 (※1)胸郭容量の低下が認められる場合には，胸水量が増加していないことを確認するため，概ね３か月以上間隔の空いた２つ以上のＣＴ画像を添付してください。

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

<table>
<tr><td rowspan="2">胸膜プラークに係る情報</td><td rowspan="2">□有
□無</td><td>[検査等の種類]
□エックス線写真　□ＣＴ　□胸腔鏡　□手術　□剖検</td></tr>
<tr><td>[範囲・程度]</td></tr>
<tr><td>呼吸機能障害</td><td>□有
□無</td><td>呼吸機能検査の有無　　□無　□有（　　年　　月　　日）
呼吸機能検査[%肺活量：　　%]・[１秒率：　　%]・[１秒量：　　%]
動脈血ガス測定検査[PaO2：　　Torr]・[AaDO2：　　Torr]
(※2)スパイロメトリー及びフローボリューム曲線の検査は，最低３回以上実施した上で，最良の結果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。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">療養の必要性等</td><td colspan="2">□投薬（　　年　　月　　日から）
□在宅酸素療法（　　年　　月　　日から）
□その他（　　，　　年　　月　　日から）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【診断に至った経緯】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【現在の病状及び治療内容】</td></tr>
<tr><td>既往症・
基礎疾患</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>その他参考となる事項</td><td colspan="2">喫煙歴：□無　□有（　　歳から　　歳まで，喫煙本数　　本／日）
その他（　　）</td></tr>
</table>

【根拠となった資料の写し】

<table>
<tr><td>添付資料</td><td>□病理検査記録　※病理検査結果報告書の写しの添付をお願いします。
□臨床検査結果　□Ｘ線写真　□ＣＴ画像　□診療録
□その他（　　）</td></tr>
</table>

年　　月　　日

藤 沢 市 長

所在地

医療機関名

担当医師氏名　　印