

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	<b>藤沢 花子</b>	男・ <b>女</b>	生年月日	<b>1900年 0月 0日</b>
診断名	<b>びまん性胸膜肥厚</b>		初診年月日	<b>2000年 0月 0日</b>

【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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	右側胸膜 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4 未満 <input type="checkbox"/> 1/4 以上 1/2 未満 <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 以上 [厚さ]最も厚いところ <b>6mm</b> [肋横角の鈍化] <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 左側胸膜 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4 未満 <input type="checkbox"/> 1/4 以上 1/2 未満 <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 以上 [厚さ]最も厚いところ <b>5mm</b> [肋横角の鈍化] <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  確認方法： <input checked="" type="checkbox"/> 単純エックス線画像（ <b>2000年0月0日撮影</b> ） <input checked="" type="checkbox"/> CT画像（ <b>2000年0月0日撮影</b> ） （ 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。
	病理組織診断 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日）	鑑別診断の実施等 既往歴等
		感染症（細菌性膿胸，結核等） <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		膠原病（リウマチ等） <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		尿毒症性胸膜炎 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		薬剤性線維性胸膜炎 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		放射線治療後 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		外傷性血胸後 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		特発性両側線維性胸膜炎 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		胸部手術後（冠動脈バイパス術の開胸術後等） <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 不明
		その他（ <b>特になし</b> ）

胸膜プラークに係る情報	<input type="checkbox"/> 有	[検査等の種類] <input checked="" type="checkbox"/> エックス線写真 <input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	[範囲・程度]
呼吸機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	呼吸機能検査の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <b>2000年0月0日</b> ) 呼吸機能検査[%肺活量: <b>56.8%</b> ][1秒率: <b>65.4%</b> ][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。
療養の必要性等	<input checked="" type="checkbox"/> 投薬 ( <b>2000年0月0日から</b> ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (      年      月      日から ) <input type="checkbox"/> その他 (      ,      年      月      日から )	
	【診断に至った経緯】 <b>2000年0月0日労作時呼吸困難で神奈川病院呼吸器内科受診、びまん性胸膜肥厚と診断され、通院加療中。</b>	
	【現在の病状及び治療内容】 <b>去痰剤の内服、今後在宅酸素療法の予定</b>	
既往症・基礎疾患	<b>特になし</b>	
その他参考となる事項	喫煙歴： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <b>20歳から35歳まで、喫煙本数15本/日</b> ) その他 ( <b>35歳から禁煙</b> )	

【根拠となった資料の写し】

添付資料	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input checked="" type="checkbox"/> X線写真 <input checked="" type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> その他 (      )
------	--

**2000年0月0日**

藤沢市長

所在地

電話番号

医療機関名 **〇〇病院呼吸器内科**

担当医師氏名 **〇〇〇〇**

印