

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（良性石綿胸水）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。

胸腔穿刺 日時	右肺：□無□有（第1回目 年 月 日 第2回目 年 月 日） 左肺：□無□有（第1回目 年 月 日 第2回目 年 月 日）			
胸水外見	□血性 □淡血性 □黄色 □淡黄色 □その他 ( )			
胸水の生化学検査	□LD (LDH) (胸水/血清比) □未検査	年 月 日検査		
	□胸水総蛋白 g/dl □未検査	年 月 日検査		
	□胸水 ADA IU/l □未検査	年 月 日検査		
	□胸水ヒアルロン酸 ng/ml □未検査	年 月 日検査		
がん既往歴	□無 □有：部位 ( )	年 月 日診断		
	□無 □有：部位 ( )	年 月 日診断		
その他の胸水検査	□有 □未検査 I II III IV V (○をつけて下さい)	年 月 日検査		
	□有 (培養細菌名 ) □無 □未検査	年 月 日検査		
	□有 □無 □未検査	年 月 日検査		
	他の検査結果	年 月 日検査		
血清生化学他	Cre mg/dl, BNP pg/ml, NT-proBNP pg/mL CRP mg/dl, 腫瘍マーカー			
腹腔鏡	□無 □有 ( )	年 月 日検査		
呼吸機能検査	□無 □有 ( )	年 月 日検査		

(裏面へ続く)

