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（喉頭がん・卵巣がん・後腹膜線維症）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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原発部位  （喉頭がん又は  卵巣がんの場合） | 部位と広がり：  □喉頭がん　　　　　　　　　　□卵巣がん | | | | | |
| 組織型 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 診断根拠 | □病理組織診断（□生検　□剖検） | | | | | 年　　月　　日診断 |
| □細胞診（□内視鏡など □胸水  □腹水　 □その他( )） | | | | | 年　　月　　日診断 |
| □放射線画像（□単純　□CT　□MRI  　　　　　　　□その他（　　　　　）） | | | | | 年　　月　　日診断 |
| □手術（□摘出　□部分切除  □その他（　　　　　　　）） | | | | | 年　　月　　日診断 |
| 他のがん既往歴 | □無　□有：部位（　　　　　　　　　　　）　　　 年　 月　　日診断 | | | | | |
| 抗がん剤治療 | | □有　□無　　　施行期間　　　　年　　　月　　日から  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日まで  レジメン（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 放射線治療 | | □有　□無　　　施行期間　　　　年　　　月　　日から  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日まで  レジメン（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 石綿関連所見 | 胸膜プラーク | | | □有　□無 | 検査等の種類 | |
| □Ｘ線　□ＣＴ　□胸腔鏡　□手術　□剖検 | |
| 肺内石綿小体 | | | □有　　　□無　　　□未検査 | | |
| 肺内石綿繊維 | | | □有　　　□無　　　□未検査 | | |
| その他 | | | 曝露歴など： | | |
| その他参考事項 | 喫煙歴 | □無  □有（　　　　歳から　　　　歳まで，喫煙本数　　　　　本／日） | | | | |

【根拠となった資料の写し】

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 | □病理･細胞診検査記録　※病理診断･細胞診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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　年　　　月　　　日

藤 沢 市 長

所在地

電話番号

医療機関名（科名）

担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印