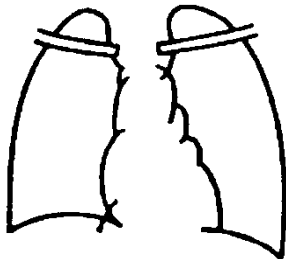


藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策実施要綱に基づく
補償・給付認定（肺がん）用

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	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）	
	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"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検）	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> 細胞診（ <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 他（ ））	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> 放射線画像所見	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
他のがん既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位（ ）	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位（ ）	年 月 日診断
石綿関連所見	胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査等の種類
		<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検
	肺内石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	
	肺内石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	
その他	曝露歴など：	
その他参考事項	喫煙歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 診療録
	<input type="checkbox"/> その他の（ ）

年 月 日

藤 沢 市 長

所在地

医療機関名（科名）

担当医師氏名

印