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 | 胸水細胞診 | □有　　□未検査Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ（〇をつけて下さい） |  　年　　月　　日検査 |
| 　 年　　月　　日検査 |
| 　 年　　月　　日検査 |
| 胸水培養 | □有（培養細菌名　　　　　）□無　□未検査 | 　 年　　月　　日検査 |
| 結核培養 | □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/mLCRP　　 　　 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）

画像診断の経緯

　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日



　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日



【根拠となった資料の写し】

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　年　　　月　　　日

　　　藤 沢 市 長

所在地

　　　　医療機関名

担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印