

固形がん等の悪性新生物を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）		
	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書）		
(ア) 病理組織検査		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 画像診断等※ ※内視鏡検査、CT、PET、MRI、骨シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 血液検査（腫瘍マーカー※等） ※前立腺がんの場合は、治療前・後のPSA値		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 治療内容が分かる書類（手術、内視鏡治療、放射線治療、化学療法、ホルモン療法等※） ※化学療法、ホルモン療法については、薬剤名も		
(ア) 診断確定後の治療		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 現在の治療		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 生活歴、職業歴、喫煙歴、飲酒歴等発がんに影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類 (危険因子が有る場合は、内容、状況等が分かる書類（サマリー等）)		
	あり・なし	

白血病等（リンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物）を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書）		
(ア) 骨髓像・骨髓生検・リンパ節生検	骨髓像：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） 骨髓生検：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） リンパ節生検：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	
(イ) フロサイトメトリー（FCM）・染色体検査・遺伝子検査	FCM：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） 染色体検査：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） 遺伝子検査：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	
(ウ) その他診断に結びつく検査（複数回の末梢血算値、M蛋白、免疫グロブリン、可溶性インターロイキン2レセプター、HTLV-1抗体、画像診断（悪性リンパ腫）等）	あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	
③ 診断確定後および現在の治療内容が分かる書類*		
※化学療法、ホルモン療法については、薬剤名も 輸血については頻度も		
	あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	

副甲状腺機能亢進症を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)		
	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類 (検査報告書等)		
(ア) 治療前・後の自覚症状の有無 (カルテ等)		
	あり・なし	
(イ) 骨粗しょう症、結石等の他覚症状の有無 (検査報告等)		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) インタクトPTH、血清Ca、P、BUN、Cr、eGFR値の経時的推移 ※手術を行った場合は、術前および術後		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 画像診断※ ※超音波、CT、シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(オ) 手術、病理組織検査		
	手術：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 病理：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	

心筋梗塞を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 <u>(必ずどちらかに○)</u>	書類が添付されていない場合の理由等 <u>「なし」の場合は理由をお書きください。</u> (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）		
	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) 心電図（急性期のものが望ましい）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) トロポニン、CK-MB等の血液検査（急性期のものが望ましい）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 冠動脈造影、左室造影		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 画像診断等※ ※心臓超音波、心筋シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(オ) 冠動脈バイパス手術、経皮的冠動脈形成術等の実施記録		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類（抗血小板薬等の薬剤名等）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 既往歴、生活歴、喫煙歴等心筋梗塞の発症に影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類（危険因子がある場合は、内容、状況等が分かる書類（サマリー等））		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	

甲状腺機能低下症を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 <u>(必ずどちらかに○)</u>	書類が添付されていない場合の理由等 <u>「なし」の場合は理由をお書きください。</u> (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) 治療前・後の臨床症状の推移及び診断治療に至った医師の意見	治療前の臨床症状が分かる記録：あり・なし 治療後の臨床症状が分かる記録：あり・なし 診断・治療に至った医師の意見：あり・なし	
(イ) 治療前・後の甲状腺関連ホルモン値（TSH、FT4）の推移 ※必ず基準値を明記すること、複数回測定している治療前のTSH値はすべて提示すること	治療前：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 治療後：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 抗TPO抗体及び抗サイログロブリン抗体	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 甲状腺超音波検査（所見に関する画像の頁を含む）	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類（薬剤名および投薬量がマイクログラム単位で分かる書類）	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 甲状腺を含む手術歴や放射線治療等の既往歴があれば、それについての記載・書類	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	

慢性肝炎・肝硬変を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 <u>(必ずどちらかに○)</u>	書類が添付されていない場合の理由等 <u>「なし」の場合は理由をお書きください。</u> (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) ウイルスマーカー、その他原因検索として行った検査（自己抗体、 γ グロブリン等）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 肝機能検査（AST(GOT)/ALT(GPT)/Alb/ γ -GTP等、最近1年以上の推移を含む）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 画像診断（超音波、CT等）（所見に関する画像の頁を含む）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 肝生検を行った場合は、病理組織検査		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類（抗ウイルス薬等の薬剤名、投与状況等）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 輸血歴、手術歴等の治療歴、肥満（BMI）、飲酒歴（飲酒量及び年数）、糖尿病等の生活歴、薬剤性その他慢性肝炎・肝硬変の発生に影響を及ぼす可能性のある危険因子の分かる書類		
	あり・なし	

放射線白内障（加齢性白内障を除く）を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 病歴が分かる書類（初診時カルテ及び申請時カルテ）	※視力の推移を確認できること	
	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) 視力（現在の裸眼視力、矯正視力及び屈折等） ※眼内レンズ挿入術後は、 <u>術前・術後の検査結果</u>		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 水晶体の混濁位置（細隙灯顕微鏡検査の写真又はスケッチ等） (後囊下混濁を認める場合は、当該箇所に焦点を当てること) ※眼内レンズ挿入術後は、 <u>術前の検査結果</u>		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 眼底所見（写真又はスケッチ等） ※眼内レンズ挿入術後は、 <u>術後の検査結果</u>		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 光干渉断層計（OCT）所見 ※眼内レンズ挿入術後は、 <u>術後の検査結果</u>		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(オ) 生活機能障害の程度に関する医師の意見（例：買い物ができない等）		
	あり・なし	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類、具体的な手術予定日が分かる書類 ※手術予定がない場合は、その理由が分かる書類（カルテ等）も添付すること		
	あり・なし	
④ 白内障の危険因子※の内容、状況が分かる書類 ※糖尿病、副甲状腺機能亢進症等の罹患歴、ステロイド治療歴等		
	あり・なし	

その他の疾患を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 <u>(必ずどちらかに○)</u>	書類が添付されていない場合の理由等 <u>「なし」の場合は理由をお書きください。</u> (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等） ※現在の臨床症状（現症）が確認できること		
	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) 血液検査		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 画像診断（超音波、CT、MRI等で所見に関する画像の頁を含む）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 病理診断		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) その他検査結果等書（例：ケロイド・癍痕の臨床写真等）		
	あり・なし	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類		
	あり・なし	

◎ 「添付書類の有無」 欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」 欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入くださいますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

各疾病別一覧表の裏面として、
両面印刷にてご使用ください