

様式第五号（第十二条関係）

認 定 申 請 書			
氏 名		性別	生年月日
居 住 地	郵便番号	電話番号 ()	
被爆者健康手帳の番号			
負傷又は疾病の名称			
被爆時以降における健康状態の概要及び原子爆弾に起因すると思われる負傷若しくは疾病について医療を受け、又は原子爆弾に起因すると思われる自覚症状があったときは、その医療又は自覚症状の概要			
医療の給付を受けようとする指定医療機関	名称及び所在地		
	訪問看護ステーション等の名称及び所在地		

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏 名[㊟]

厚生労働大臣 殿

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療の給付を受けようとする指定医療機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者（訪問看護）であるときのみ記入すること。

（日本工業規格A列4番）

様式第六号（第十二条関係）

意 見 書

平成 年 月 日作成

負傷又は 疾病の名称		被爆者 健康手帳 の番号		被爆者の 氏名及び 生年月日	
既往症					
現症所見 (※1)					
当該負傷又は疾 病に関する原子 爆弾の放射線起 因性等について の医師の意見及 びその理由 (※2)					
必要な医療の内 容及び期間 (※3)	内容	期間（入院）		期間（通院）	

医療機関の名称及び所在地
医 師 氏 名



- (※1) 現在の症状・所見、その履歴などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※2) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。
なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
- (※3) 可能な限り詳細に記入してください。

様式第四号(-) (第十一条関係)

第四十五編 厚生 (原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則)

整理番号		健康診断個人表 (一般検査用)														
ふりがな氏名		性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	被爆者 番号	被爆者 番号	被爆者 番号					
居住地	都道府県	区市郡	町村	番地												
被爆時の 事情	被爆地	離心地から約		キロメートル	法第1条に よる区分	第1号・第2号 第3号・第4号										
既往 往 症	第1号被爆者の被爆 の状況	屋内		木造・コンクリート・石造	屋外 <small>しっぺい</small> 差籠の有・無											
	被爆時の居住歴 被爆直後の行動(お おむね3週間以内)															
	原爆によると思われる 急性症状(おむね 6週間以内)	貧血	有・無	熱傷	有・無	下痢	有・無	脱毛	有・無	発熱	有・無					
現 症	原爆によると思われる 慢性症状	貧血	有・無	めまい	有・無	筋力	有・無	筋痛	有・無	関節痛	有・無					
	ケロイド	有・無	その他													
臨 床 病 理 学 的 検 査	平成	年	月	日	平成	年	月	日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	赤血球数	×10 ⁴ /mm ³		×10 ⁴ /mm ³		×10 ⁴ /mm ³		×10 ⁴ /mm ³								
	白血球数	/mm ³		/mm ³		/mm ³		/mm ³								
	赤血球沈降速度	mm		mm		mm		mm								
	ヘマトクリット	%		%		%		%								
	ヘモグロビン	g/dl		g/dl		g/dl		g/dl								
	尿 検 査	コペリノー ゲン	増加・正常・減少		増加・正常・減少		増加・正常・減少		増加・正常・減少							
		蛋白	陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性							
		糖	陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性							
		潜血	陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性							
	血 圧 値	最大	mmHg		最大	mmHg		最大	mmHg							
		最小	mmHg		最小	mmHg		最小	mmHg							
	肝臓機能検査	GOT	GPT		GOT	GPT		GOT	GPT							
		ZTT	ALP		ZTT	ALP		ZTT	ALP							
判 定	異常認めず 要精密検査		異常認めず 要精密検査		異常認めず 要精密検査		異常認めず 要精密検査									
特に記すべき医師の意見																
実施場所																
実施機関名																
担当医師氏名	㊟		㊟		㊟		㊟									

(日本工業規格A列4番)

様式第四号(二) (第十一条関係)

整理番号							健康診断個人票 (一般検査 (がん検診) 用)								
ふりがな 氏名			性男 別女		年齢 歳		明治 大正 昭和		年 月 日生		居住地 都道府県 区市郡 町村 番地			被検者健康手帳番号	
既往歴		胃がん検診 年月日	肺がん検診 年月日	乳がん検診 年月日	子宮がん検診 年月日	大腸がん検診 年月日	多発性骨髄腫後診 年月日								
現	症状	X線(直接・間接)部位		X線(直接)	視診・触診部位	視診・内診所見	便潜血 陰性・陽性		血清蛋白質分画 たんぱく質 g/dl A/G アルブミン % α ₁ グロブリン % α ₂ グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分						
	検査所見	所見		所見	表面の性状 発赤 + - 浮腫 + - 陥凹 + - ()	子宮頸部細胞診 I・II・III a・ III b・IV・V									
症	見	かくたん 喀痰細胞診 A・B・C・D・E		しゅりゅう 腫瘍等	大きさ () cm×() cm 硬度 硬 弾硬 軟 波動 表面 平 顆粒状 凹凸 境界 鮮 不鮮 可動性 + - 異常分泌 + - リンパ管腫脹 + - ()	子宮体部細胞診 陰性・疑陽性・ 陽性									
	判定	精密検査不要 要精密検査		精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査		異常認めず 要精密検査						
特に記すべき医師の意見															
実施場所															
実施機関名															
担当医師名		④		④	④	④	④		④		④				

(日本工業規格 A 列 4 番)

様式第四号(三) (第十一条関係)

(表)

整理番号		健康診断個人表 (精密検査用)					
検査 科目	ふりがな 氏名	性別	男 女	生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日	被爆者 健康手帳 番号
内 外	居住地	都道府 県		区市 郡		町村	番地
眼	被爆地	爆心地から約 キロメートル			法第1条に よる区分	第1号・第2号 第3号・第4号	
その他	被爆時の 事情	第1号該当者 の被爆の状況	屋内	木造・コンクリート・石造		屋外	しゃへい 遮蔽の有・無
		被爆直後の行動 (おおむね 3週間以内)					
	既往 歴						
	現 症	(理学的検査)					

第四十五編 厚生 (原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則)

様式第四号(三) (第十一条関係)

(裏)

		(臨床病理学的検査)						年月日	年月日	年月日	年月日
血液学的検査	赤血球数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	血液学的検査 (白血球百分比%)	好中球				
	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³		好酸球				
	赤血球沈降速度	1時間値 mm	1時間値 mm	1時間値 mm	1時間値 mm		好塩基球				
	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl		単球				
	ヘマトクリット	%	%	%	%		リンパ球				
	網状赤血球数	%	%	%	%		リンパ芽球				
	血小板数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³		後骨髄球				
							骨髄球				
							前骨髄球				
							骨髄芽球				
血液生化学的検査	GOT					形質細胞					
	GPT					混濁					
	ZTT					尿検査					
	ALP					蛋白					
						糖					
症	血圧値	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	ウロビリノーゲン					
						潜血					
その他の検査	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	
判定	異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名	年月日				年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	
	治療の要否	無・有 ()				無・有 ()	無・有 ()	無・有 ()	無・有 ()	無・有 ()	
特記すべき医師の意見	実施場所	要(入院)・否(入院外)				要(入院)・否(入院外)	要(入院)・否(入院外)	要(入院)・否(入院外)	要(入院)・否(入院外)	要(入院)・否(入院外)	
	実施機関名										
	担当医師名										

(日本工業規格A列4番)

様式第四号の二 (附則第五条関係) (平14厚労令60・追加、平14厚労令74・一部改正)

整理番号		健康診断個人票 (第二種健康診断受診者・一般検査用)									
ふりがな		性	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	第二種健康 診断受診者 証番号		
氏名		別									
居住地		都道 府県		区市 郡			町 村			番地	
原子爆弾投 下時に在っ た場所		爆心地から約		キロメートル							
既往症											
現 病 理 学 的 検 査	理 学 的 検 査	平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日			
		赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	$\times 10^4 / \text{mm}^3$					
		白血球数	$/ \text{mm}^3$	$/ \text{mm}^3$	$/ \text{mm}^3$	$/ \text{mm}^3$					
		赤血球沈降速度	mm	mm	mm	mm					
		ヘマトクリット	%	%	%	%					
	病 理 学 的 検 査	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl					
		ウロビリノー ゲン	増加・正常・減少	増加・正常・減少	増加・正常・減少	増加・正常・減少					
		蛋白	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性					
		糖	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性					
	検 査	潜血	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性					
		血 圧 値	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	
			最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	
	肝臓機能検査	GOT	GPT	GOT	GPT	GOT	GPT	GOT	GPT		
		ZTT	ALP	ZTT	ALP	ZTT	ALP	ZTT	ALP		

第四十五編 厚生 (原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則)

三七〇三・三

判 定	異常の有無 有・無	異常の有無 有・無	異常の有無 有・無	異常の有無 有・無
特に記すべき医師の意見				
実 施 場 所				
実 施 機 関 名				
担 当 医 師 氏 名	㊟	㊟	㊟	㊟

(日本工業規格A列4番)