

健康管理手当用診断書

氏 名		西曆 明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女		
居 住 地						
※1 障 害 の 種 類 (該当番号に○印)	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害	5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害	9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害			
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称						
上欄の疾病が、伝染病、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合又は労働災害、不慮の事故によるものである場合等原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見						
※2の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうかについての意見		1. 固定化している。 2. 固定化していない(※2欄の疾病により今後医療を必要とする期間 年 月間の見込)				
※3 現 症	理 学 的 検 査 (臨床所見)	心 音				
		肺 野				
		腹 部				
		運 動 器				
	臨 床 病 理 学 的 検 査	血 液 検 査 (年 月 日)	(末梢血液)			
			血色素量 g/dl	赤血球数 ×10 ⁴ /mm ³	網赤血球 %	白血球数 /mm ³
			%			
			顆粒球数 /mm ³	病的細胞 %	血小板数 ×10 ⁴ /mm ³	
			血 清 鉄 μg/dl	血 清 カ ル シ ウ ム mg/dl		
			(骨 髄)			
		有核細胞数 ×10 ⁴ /mm ³	巨核球数 /mm ³	リンパ球 %	E/M	
		肝 機 能 検 査 (年 月 日)	血清総蛋白 g/dl	G O T 単位	アルカリフォスファターゼ 単位	
			A/G 比	G P T 単位	Z T T (クンケル法) 単位	
			ビリルビン mg/dl	L D H 単位	I C G (15分値) %	
	尿 検 査 (年 月 日)	混 濁	蛋 白 1 陽 性 2 陰 性			
		糖	1 陽 性 2 陰 性	ウロビリノーゲン 1 増加 2 正常 3 減少		
	糞便潜血反応検査(年 月 日)		(法) 1 陽 性 2 陰 性			
	腎 機 能 検 査 (年 月 日)		P S P (15分値) %	濃縮試験最高尿比重		
	基 礎 代 謝 測 定 (年 月 日)					
	血 糖 測 定 (年 月 日)	空腹時 mg/dl	糖負荷試験			
			負荷前 (g)	後60分 mg/dl	後120分 mg/dl	
	肺 機 能 検 査 (年 月 日)	肺活量 cc	一秒率 %			
		組 織 病 理 診 断 (年 月 日) (組織名)				
	血 圧 測 定 (年 月 日)	最大 mmHg		最小 mmHg		

(裏 面)

その他 の検査	X線検査	胸部 (年 月 日) (肺又は心臓)	腹部 (年 月 日)	運動器 (年 月 日)			
	心電図 (年 月 日)	ST変化	T変化	不整脈	その他		
	内視鏡検査 (年 月 日)	(部位名)					
	眼科学的検査 (年 月 日)	水晶体混濁の有無	1 有 2 無	視力	右 ()	左 ()	
		水晶体混濁の性状					
水晶体混濁の発生に関し特記すべき事項							
神経機能検査 (年 月 日)	四肢の麻痺 1 有 2 無	言語障害 1 有 2 無	その他				
その他特記すべき事項							
以上のとおり、診断します。		医療機関の名称					
平成 (西暦) 年 月 日		所在地					
(診断書の有効期間は申請日前1か月です。)		医師氏名				㊟ (押印又はサイン)	

記入上の注意

- 「氏名」、「居住地」、「医療機関の名称」、「所在地」及び「医師氏名」以外は、日本語又は英語で記入してください。
- この診断書は、健康管理手当の受給資格の認定について、厚生労働省令で定める障害(※1の欄の障害)を伴う疾病にかかっているかどうかを証明するものであり、当該疾病が原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合は健康管理手当は支給されません。
- 健康管理手当に係る障害は、通例、日常生活において何らかの支障を生ずる程度のものであり、対象疾病は次に掲げるものです。
 - 造血機能障害を伴う疾病(再生不良性貧血、鉄欠乏症貧血がその主なものです。)
 - 肝臓機能障害を伴う疾病(肝硬変がその主なものです。)
 - 細胞増殖機能障害を伴う疾病(悪性新生物がその主なものです。)
 - 内分泌腺機能障害を伴う疾病(糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症がその主なものです。)
 - 脳血管障害を伴う疾病(くも膜下出血、脳出血、脳梗塞がその主なものです。)
 - 循環器機能障害を伴う疾病(高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患がその主なものです。)
 - 腎臓機能障害を伴う疾病(ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎がその主なものです。)
 - 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病(白内障のことです。)
 - 呼吸器機能障害を伴う疾病(肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症がその主なものです。)
 - 運動器機能障害を伴う疾病(変形性関節症、変形性脊椎症がその主なものです。)
 - 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病(胃潰瘍、十二指腸潰瘍がその主なものです。)
- ※3の欄には、※2の欄に記入した疾病の状態を最もよく表している検査結果を詳しく記入してください。

保健手当用診断書

氏 名					西暦 明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女	
居 住 地								
障害の原因となった負傷又は疾病の名称								
上記の負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見								
※1	視 力	右 ()	※2 聴 力	聴力損失 (旧規格)	右 デシベル 左 デシベル	体幹機能 障 害		
	左 ()	聴力レベル (新規格)		右 デシベル 左 デシベル				
	身 体 上 の 障 害 の 状 態				頭部・顔面等の醜状		その 他 の 運 動 機能障害	
	平衡機能 障 害						内 部 障 害	
	音 声 言 語 機能障害						部 位	
	上 肢 の 状 態						状 態	
手 指 の 状 態								
下 肢 の 状 態								
※2 上記の障害の状態が原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則別表第1に定める程度の身体上の障害であるかどうかについての意見					1. 別表第1第()号に該当する。 2. 別表第1に該当しない。			
上記の障害が固定しているかどうかについての意見					1. 固定している 2. 固定していない			
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p style="text-align: center;">平成(西暦) 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の名称 所 在 地 医 師 氏 名</p> <p>(診断書の有効期間は申請日前1か月です) ㊞ (押印又はサイン)</p>								

記入上の注意

- 1 「氏名」、「居住地」、「医療機関の名称」、「所在地」及び「医師氏名」以外は、日本語又は英語で記入してください。
- 2 ※1の欄は、障害の状態を明らかにするために必要な所見を記入して下さい。
- 3 ※2の欄の別表第1については、裏面を参照して下さい。なお、この欄は、1又は2のいずれかに○印をつけて下さい。

別表第 1

1. 両眼の視力の和が0.08以下のもの
2. 両耳の聴力損失が80デシベル以上のもの
3. 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
4. 音声又は言語機能を喪失したもの
5. 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
6. 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
7. 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
8. 一上肢のすべての指を欠くもの
9. 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
10. 両下肢をショパール関節以上で欠くもの
11. 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
12. 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの
13. 一下肢の機能を全廃したもの
14. 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
15. 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
16. 身体の機能の障害又は病状が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの
17. 頭部、顔面等に日常生活を営むのに著しい制限を受ける程度の醜状を残すもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては矯正視力によって測定する。

医療特別手当用診断書

氏 名		西暦 明治 大正 昭和	年 月 日生		男・女				
居 住 地									
※1 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称									
※2 上 記 の 負 傷 又 は 疾 病 に 関 す る 現 症 所 見	1) 理学的検査								
	2) 臨床病理学的検査								
	3) その他の検査								
	4) その他特記すべき事項								
上記の負傷又は疾病の状態			負傷又は疾病の						
			<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 0 10px;">1 状態にある。</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="padding: 0 10px;">2 状態にない。</td> </tr> </table>			{	1 状態にある。	}	2 状態にない。
{	1 状態にある。								
}	2 状態にない。								
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p style="text-align: center;">平成（西暦） 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: right;">所 在 地</p> <p style="text-align: right;">(診断書の有効期間は申請日前1か月です。) 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">  <small>(押印又はサイン)</small> </p>									

記入上の注意

- 1 「氏名」、「居住地」、「医療機関の名称」、「所在地」及び「医師氏名」以外は、日本語又は英語で記入してください。
- 2 ※2の欄には※1の欄に記入した負傷又は疾病の状態を明らかにするために必要な所見を記入して下さい。

原子爆弾小頭症手当用診断書

氏 名		西暦 昭和	年	月	日生	男・女
居 住 地						
小頭症の病状の有無	有 ・ 無					
小頭症の病状が原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見						
出生時の状況	生 児 在 胎 週 数	出 生 時 体 重				
	満 週	g				
既 往 歴	て ん か ん	そ の 他				
発 育 遅 延 の 状 況						
現 変 質 徴 候 症	身 長	cm	体 重	kg	頭 囲	cm
	頭 部					
	眼 部					
	皮 膚					
	脊 椎					
	四 肢					
	生活適応能力					
	その他の所見					
その他特記すべき事項						
小頭症による精神上又は身体上の障害が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度の状態の障害であるかどうかについての意見						
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p style="text-align: center;">平成（西暦） 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p>（診断書の有効期間は申請日前1か月です。） 医 師 氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">(押印又はサイン)</p>						

記入上の注意

「氏名」、「居住地」、「医療機関の名称」、「所在地」及び「医師氏名」以外は、日本語又は英語で記入してください。

口座振込依頼書

平成（西暦）____年 ____月 ____日

____ 殿

被爆者健康手帳番号

受取人の氏名（ふりがな）

受取人の住所

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく手当の振込は、下記の私名義の口座をお願いします。

記

支払銀行	
銀行コード	
支店名	
(支店)住所	
国	
口座番号	
口座名義人	
受取人の電話番号	
受取人の居住国	

※ 活字体で記入してください。

委任状

平成（西暦） 年 月 日

殿

委任者
住 所

氏 名（ふりがな）

⑩

（押印又はサイン）

被爆者健康
手帳番号

私は、下記受任者に、_____の申請に必要な書類の提出に関する一切の権限を委任します。

記

受任者
住 所

氏 名（ふりがな）

_____ ⑩

サイン

申 立 書

平成（西暦） 年 月 日

_____ 殿

住 所 _____

氏 名（ふりがな） _____

⑩

（押印又はサイン）

被爆者健康
手帳番号 _____

私は、在 _____ 大使館／総領事館に出向いて手当に関する申請ができな
いことについて、次のとおり申立てます。

申立の内容（日本語又は英語で詳しく記入してください。）

氏 名 変 更 届

_____ 殿

平成（西暦） 年 月 日

下記のとおり氏名を変更したので届け出ます。

被爆者健康手帳番号	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性 別
	㊟ (押印又はサイン)	年 月 日	男・女
ふりがな			
変更前の氏名			
ふりがな			
変更後の氏名			
変 更 年 月 日	年 月 日		
備 考			

※ 氏名を変更したことが分かる公的機関が発行した証明書を添付してください。

居 住 地 変 更 届

_____ 殿

平成（西暦） 年 月 日

下記のとおり居住地を変更したので届け出ます。

被爆者健康手帳番号	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性 別
—	㊟ (押印又はサイン)	年 月 日	男・女
新居住地			
旧居住地			
変 更 年 月 日	年 月 日		
備 考			

死 亡 届

殿

平成（西暦） 年 月 日

ふりがな			
氏 名	 (押印又はサイン)	死亡した被爆者との 関係	
居 住 地	住所 電話 () -		

死 亡 し た 者	氏 名	
	死亡の際の居住地	
	被爆者健康手帳番号	
	死亡年月日	年 月 日

- ※ 死亡を証する書類（死亡診断書の写し等）を添付してください。
- ※ 被爆者健康手帳及び手当証書を併せて返還してください。

手帳を紛失した場合は、下記に署名と押印又はサインしてください。

被 爆 者 健 康 手 帳 紛 失 届

被爆者健康手帳を紛失しましたので、届け出ます。

届出者氏名


 (押印又はサイン)

医療機関調査票

1 医療機関について

国又は地域名		在外公館名	
医療機関名			
所在地			
電話番号			

2 診断及び検査の可否について

(1) 診断項目(診断可能な疾病に「レ」を記入してください。)

障 害	疾 病 名
① 造血機能障害	<input type="checkbox"/> 再生不良性貧血、 <input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血
② 肝臓機能障害	<input type="checkbox"/> 肝硬変
③ 細胞増殖機能障害	<input type="checkbox"/> 悪性新生物
④ 内分泌腺機能障害	<input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症、 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症
⑤ 脳血管障害	<input type="checkbox"/> くも膜下出血、 <input type="checkbox"/> 脳出血、 <input type="checkbox"/> 脳梗塞
⑥ 循環器機能障害	<input type="checkbox"/> 高血圧性心疾患、 <input type="checkbox"/> 慢性虚血性心疾患
⑦ 腎臓機能障害	<input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群、 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎、 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全、 <input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎
⑧ 水晶体混濁による視機能障害	<input type="checkbox"/> 白内障
⑨ 呼吸器機能障害	<input type="checkbox"/> 肺気腫、 <input type="checkbox"/> 慢性間質性肺炎、 <input type="checkbox"/> 肺線維症
⑩ 運動器機能障害	<input type="checkbox"/> 変形性関節症、 <input type="checkbox"/> 変形性脊椎症
⑪ 潰瘍による消化器機能障害	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍、 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍

(2) 検査項目(検査可能な項目に「レ」を記入してください。)

検 査 項 目
① 血液検査
<input type="checkbox"/> ・末梢血液(血色素量、顆粒球数、赤血球数、病的細胞、網赤血球、血小板数、白血球数)
<input type="checkbox"/> ・骨髓(有核細胞数、巨核球数、リンパ球)
② <input type="checkbox"/> ・肝機能検査(血清総蛋白、A/G比、ビリルビン、GOT、GPT、LDH、ALP、ZTT、ICG)
③ <input type="checkbox"/> ・尿検査(混濁、糖、蛋白、ウロビリノーゲン)
④ <input type="checkbox"/> ・糞便潜血反応検査
⑤ <input type="checkbox"/> ・腎機能検査(PSP、濃縮試験最高尿比重)
⑥ <input type="checkbox"/> ・基礎代謝測定
⑦ <input type="checkbox"/> ・血糖測定(空腹時、糖負荷試験(負荷前、後60分、後120分))
⑧ <input type="checkbox"/> ・肺機能検査(肺活量、一秒率)
⑨ <input type="checkbox"/> ・組織病理診断
⑩ <input type="checkbox"/> ・血圧測定(最大、最小)
⑪ <input type="checkbox"/> ・X線検査(胸部、腹部、運動器)
⑫ <input type="checkbox"/> ・心電図(ST変化、T変化、不整脈)
⑬ <input type="checkbox"/> ・内視鏡検査
⑭ <input type="checkbox"/> ・眼科学的検査(視力、水晶体混濁の有無、水晶体混濁の性状)
⑮ <input type="checkbox"/> ・神経機能検査(四肢の麻痺、言語障害)

3 備 考

※ 診断書に記載する疾病又は検査が、上記2の(1)及び(2)に記載してある疾病又は検査以外のものである場合、当該疾病の診断又は検査を行うことができるかどうかについて記入してください。

以上のとおり、回答します。

平成(西暦) 年 月 日

氏名

印○
(押印又はサイン)