

**Modelos dos documentos (formulários) para solicitações
e da ficha de análise para instituições médicas**

Índice

○ Formulário de Solicitação para:	1
{ Aprovação para auxílio de controle da saúde, Aprovação de auxílio de saúde, Alteração de valor do auxílio de saúde, Aprovação de auxílio especial de tratamento médico, Aprovação de auxílio especial, e Aprovação de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica }	
○ Formulário de Solicitação para Auxílio Funeral.....	5
○ Atestado Médico para Auxílio de Controle da Saúde	7
○ Atestado Médico para Auxílio de Saúde	9
○ Atestado Médico para Auxílio Especial de Tratamento Médico.....	11
○ Atestado Médico para Auxílio de Microcefalia Causada por Bomba Atômica	12
○ Formulário de Solicitação para Depósito em Conta Bancária	13
○ Procuração	14
○ Declaração	15
○ Notificação de Alteração do Nome	16
○ Notificação de Alteração do Endereço Residencial	17
○ Notificação de Óbito.....	18
○ Ficha de Análise para Instituições Médicas.....	19

Formulário de Solicitação para Aprovação de Auxílio

(Frente)

Data de entrega: _____

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1.
2.
3.
4.
5.
6. | Aprovação para auxílio de controle da saúde
Aprovação de auxílio de saúde
Alteração de valor do auxílio de saúde
Aprovação de auxílio especial de tratamento médico
Aprovação de auxílio especial
Aprovação de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica |
|----------------------------------|---|

Ao Ex.mo(a) Sr(a): _____

Nome completo	carimbo ou assinatura	Data:	Data de Nascimento	Sexo
				Masculino / Feminino
Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo):		Sobre a última Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo) emitida	(Nome da província ou da cidade)	
			To/Do/ Fu/Ken/Shi (Assinale um círculo no que corresponde)	
			(Número da Caderneta)	
Residência atual	Endereço			
	Telefone			
Recebimento de auxílio de controle da saúde	sim / não	Recebimento de abono de saúde	sim / não	
Recebimento de auxílio especial de tratamento médico	sim / não	Recebimento de abono especial	sim / não	
Recebimento de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica	sim / não			
Auxílio de controle da saúde	Doença acompanhada com a(s) disfunção(ções) determinada(s) na cláusula I do artigo 27 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica	Nomes das disfunções	1 Disfunção de hematopoese	7 Disfunção renal
			2 Disfunção hepática	8 Disfunção visual por opacificação do cristalino
			3 Disfunção de proliferação celular	9 Disfunção respiratória
			4 Disfunção endócrina	10 Disfunção de aparelho locomotor
			5 Disfunção cerebrovascular	11 Disfunção de aparelho digestivo por úlcera
			6 Disfunção cardiovascular	
		Nome da doença (A)		
Documento anexo	Atestado médico (para auxílio de controle da saúde) referente à doença preenchida acima (em A)			
Auxílio de saúde	Número do certificado do auxílio de saúde			
	Caso corresponda a uma das condições determinadas na cláusula III do artigo 28 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica, preencha o motivo		1 Pessoa com deficiência física	
			2 Pessoa de 70 anos ou mais, sem cônjuge, sem o(a) filho(a), nem o(a) neto(a), e quem não more com ninguém.	
	Documentos anexos	1. Caso assinale um círculo no item 1 acima, anexe o atestado médico (para auxílio de saúde) referente à deficiência física. 2. Caso assinale um círculo no item 2 acima, anexe os documentos seguintes de (1) e (2). (1) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de cônjuge, filhos e netos (inclusive casos em que haja relacionamento semelhante ao casamento, embora não tenha notificado a união). (2) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de companheiro de moradia. 3. Documento que prova a evidência de que o(a) requerente foi atingido pela bomba atômica no raio de 2 km onde a bomba caiu (Caso não tenha um documento que comprove, anexe a declaração sobre a evidência).		

Solicitação de Auxílio de Controle da Saúde

Formulário de Solicitação para Aprovação de Auxílio

(Frente)

Data de entrega: _____

- 1. Aprovação para auxílio de controle da saúde
- 2. Aprovação de auxílio de saúde
- 3. Alteração de valor do auxílio de saúde
- 4. Aprovação de auxílio especial de tratamento médico
- 5. Aprovação de auxílio especial
- 6. Aprovação de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica

Assinale com um círculo o “1. Auxílio de controle de saúde”

Preencha a cidade ou metrópole/província que emitiu a Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica, em japonês ou inglês

Ao Ex.mo(a) Sr(a): _____

Nome completo	Kousei Taro carimbo ou assinatura		Data:	Data de Nascimento		Sexo
Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo):	xx-shi, xx-cho, x-chome, xxxx	Sobre a última Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo) emitida	(Nome da província ou da cidade) To/Do/ Fu/ <u>Ken</u> /Shi (Assinale um círculo no que corresponde)			
Residência atual	Endereço 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA Telefone 012 -345- 6789		(Número da Caderneta)			
Recebimento de auxílio de controle da saúde	sim / <u>não</u>	Recebimento de auxílio de saúde	sim / <u>não</u>			
Recebimento de auxílio especial de tratamento médico	sim / <u>não</u>	Recebimento de auxílio especial	sim / <u>não</u>			
Recebimento de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica	sim / <u>não</u>					
Auxílio de controle da saúde	Doença acompanhada com a(s) disfunção(ões) determinada(s) na cláusula I do artigo 27 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica	Nomes das disfunções	1 Disfunção de hematopoese	7 Disfunção renal	2 Disfunção hepática	
			2 Disfunção de proliferação celular	8 Disfunção visual por opacificação do cristalino	3 <u>3</u>	
			4 Disfunção endócrina	9 Disfunção respiratória	4 Disfunção de aparelho locomotor	
			5 Disfunção cerebrovascular	10 Disfunção de aparelho digestivo por úlcera	5 Disfunção de aparelho digestivo por úlcera	
			6 Disfunção cardiovascular			
Documento anexado	Nome da doença (A) Lung cancer		Atestado médico (para auxílio de controle da saúde) referente à doença preenchida acima (em A)			

- Preencha no mesmo idioma utilizado no preenchimento da Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica.
- Pode assinar, caso não tenha o carimbo

Preencha o endereço conforme o seu documento de identidade.

Se atualmente recebe algum auxílio, assinale em “sim” no auxílio correspondente. Caso não receba, assinale “não”.

- Verifique os tipos de disfunções do atestado médico na coluna e assinale com um círculo aquela em que se aplica.
- Preencha em japonês ou inglês o nome da doença do atestado médico.
- Favor anexar o atestado médico.

Auxílio de saúde	Número do certificado do auxílio de saúde	1 Pessoa com deficiência física
	Caso corresponda a uma das condições determinadas na cláusula III do artigo 28 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica, preencha o motivo	2 Pessoa de 70 anos ou mais, sem cônjuge, sem o(a) filho(a), nem o(a) neto(a), e quem não more com ninguém.
Documentos anexos	1. Caso assinale um círculo no item 1 acima, anexe o atestado médico (para auxílio de saúde) referente à deficiência física. 2. Caso assinale um círculo no item 2 acima, anexe os documentos seguintes de (1) e (2). (1) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de cônjuge, filhos e netos (inclusive casos em que haja relacionamento semelhante ao casamento, embora não tenha notificado a união). (2) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de companheiro de moradia. 3. Documento que prova a evidência de que o(a) requerente foi atingido pela bomba atômica no raio de 2 km onde a bomba caiu (Caso não tenha um documento que comprove, anexe a declaração sobre a evidência).	

(Verso)

Auxílio especial de tratamento médico, auxílio especial, e auxílio de microcefalia causada por bomba atômica	Presença ou ausência de aprovação da cláusula I do artigo 11 da lei			Presença / Ausência
	Nome do ferimento ou da doença que refere a aprovação da cláusula I do artigo 11 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica, o número da aprovação, e a data da aprovação	Nome do ferimento ou da doença (B)	Número da aprovação	Data da aprovação
				Data:
	Condição do ferimento ou da doença preenchido acima (em B)	Conforme o atestado médico anexo		
Documentos anexos	1. Auxílio especial de tratamento médico Atestado médico (para auxílio especial de tratamento médico) referente ao ferimento ou à doença conforme preenchido acima (em B). 2. Atestado médico (para auxílio de microcefalia causada por bomba atômica) referente à auxílio de microcefalia causada por bomba atômica. Nota: Se o nome do ferimento ou da doença preenchido na coluna (B) acima for microcefalia ou síndrome de exposição intra-uterina a bomba atômica em curta distância, não é necessário anexar o atestado médico..			
Observação:				

Notas para preenchimento

1. Preencha “Nome completo” e “Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica” no mesmo idioma utilizado na Caderneta.
2. Preencha “Nome da doença” e “Nome do ferimento ou da doença” em japonês ou inglês.
3. Preencha o nome completo junto com o carimbo ou com assinatura.

○ Uso oficial de órgãos consulares, embaixadas e representações. Favor não preencher nada abaixo.

Data de recebimento:	Data: _____
Nome da Embaixada ou Consulado Geral:	Embaixada / Consulado Geral _____
Nome do responsável	_____

Formulário de Solicitação para Auxílio Funeral

Ao Ex.mo(a) Sr(a) _____

Data de entrega: _____

Nome completo de requerente:	carimbo ou assinatura	Relacionamento com a vítima de bomba atômica falecida			
Residência atual:	Endereço				
	Telefone				
Data do funeral que foi (ou será) realizado	Data:				
Vítima de bomba atômica falecida	Nome		Data de nascimento Data:	Masculino / Feminino	
	Endereço no falecimento				
	Sobre a última Caderneta de bomba atômica (Hibakusha Kenko Techo) emitida	(Nome da província ou da cidade) To/Do/Fu/Ken/Shi	(Número da Caderneta)		
	Data do óbito	Data:			
	Local do óbito				
	Causa do óbito				
	Presença ou Ausência de família	Presença 1. Cônjuge 2. Filho(a) 3. Pai e/ou Mãe 4. Neto(a) 5. Avô e/ou Avó 6. Irmão e/ou Irmã Ausência Desconhecido			

Notas para preenchimento

1. Preencha “Nome completo” e “Sobre a última Caderneta de bomba atômica emitida” no mesmo idioma utilizado na Caderneta.
2. Preencha “Local do óbito” e “Causa do óbito” em japonês ou inglês.
3. Preencha o nome completo junto com o carimbo ou com assinatura.

Preencha o nome completo com o carimbo ou com a assinatura.

Documento anexo

Favor anexar o documento que permita confirmar o óbito e a causa do óbito.

 Uso oficial de órgãos consulares, embaixadas e representações. Favor não preencher nada abaixo.

Data de recebimento:	Data: _____
Nome da Embaixada ou Consulado Geral:	Embaixada / Consulado Geral _____
Nome do responsável	_____

(Modelo de Preenchimento)

Solicitação para Auxílio Funeral

Formulário de Solicitação para Auxílio Funeral

Preencha a cidade ou metrópole/província que emitiu a Caderneta de saúde das vítimas de bomba atômica, em japonês ou inglês

Ao Ex.mo(a) Sr(a) _____

Data de entrega: _____

Nome completo de requerente: carimbo	Hanako Housei carimbo ou assinatura		Relacionamento com a vítima de bomba atômica falecida	Wife			
	Residência atual: Endereço 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA Telefone 012 (345) 6789						
Data de funeral que foi (ou será) realizado		Data:					
Vítima de bomba atômica falecida	Nome	Kousei Taro	Data de nascimento Data:	Masculino / Feminino			
	Endereço no falecimento	1234 Kousei Street, San Francisco, CA94000, USA					
	Sobre a última Caderneta de bomba atômica (Hibakusha Kenko Techo) emitida	(Nome da província ou da cidade) To/Do/Fu/Ken/Shi	(Número da Caderneta)				
		1	2	3	4	5	6
	Data do óbito	Data:					
	Local do óbito	Kousei Hospital					
	Causa do óbito	Lung cancer					
Presença ou Ausência de família	Presença ①. Cônjuge ②. Filho(a) 3. Pai e/ou Mãe 4. Neto(a) 5. Avô e/ou Avó 6. Irmão e/ou Irmã Ausência Desconhecido						

Preencha os dados tais como nome e endereço conforme o seu documento de identidade.

Preencha no mesmo idioma utilizado no preenchimento da Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica.

Preencha o endereço residencial conforme a época do óbito.

Preencha no mesmo idioma utilizado no preenchimento da Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica.

Verifique o documento que comprova o óbito e seu motivo e preencha, em japonês ou inglês.

Assinale com um círculo no item que se aplica.

Notas para preenchimento

1. Preencha "Nome completo" e "Sobre a última Caderneta de bomba atômica emitida" no mesmo idioma utilizado na Caderneta.
2. Preencha "Local do óbito" e "Causa do óbito" em japonês ou inglês.
3. Preencha o nome completo junto com o carimbo ou com assinatura.

Documento anexo

Favor anexar o documento que permita confirmar o óbito e a causa do óbito.

Uso oficial de órgãos consulares, embaixadas e representações. Favor não preencher nada abaixo.

Data de recebimento:	Data: _____
Nome da Embaixada ou Consulado Geral:	Embaixada / Consulado Geral _____
Nome do responsável	_____

Atestado Médico para Auxílio de Controle da Saúde

Nome completo		Data de nascimento:	Masculino / Feminino			
Endereço residencial						
*1 Tipos de disfunções (Assinale um círculo no número correspondente).	1. Disfunção de hematopoese 2. Disfunção hepática 3. Disfunção de proliferação celular 4. Disfunção endócrina	5. Disfunção cerebrovascular 6. Disfunção cardiovascular 7. Disfunção renal 8. Disfunção visual por opacificação do cristalino	9. Disfunção respiratória 10. Disfunção de aparelho locomotor 11. Disfunção de aparelho digestivo por úlcera			
*2 Nome da doença que acompanha a disfunção marcada na coluna acima.						
Caso seja constatado que a doença não foi causada pela bomba atômica, incluindo casos em que a doença é atribuída a doença contagiosa, infecção através de parasita, defeito congênito, envenenamento, e outras causas, ou acidente de trabalho e dano involuntário, favor escrever a sua opinião.						
Opinião caso os sintomas da doença preenchida no item *2 persistem ou não.		1. Persiste 2. Não persiste (Tempo necessário para o tratamento da doença preenchida no item *2, daqui em diante : ____ano(s) e ____mes(es))				
*3 Resultados atuais	Exame físico (Observações clínicas)	Som cardíaco				
		Área pulmonar				
		Abdome				
		Aparelho locomotor				
	Exame hematólogico (Data:)	(Sangue periferal)				
		Volume hemoglobina	g/dL %	Contagem de eritrócitos	$\times 10^4/\text{mm}^3$	
		Contagem de granulócitos	/mm ³	Células patológicas	%	
		Ferro no soro	$\mu\text{g/dL}$	Cálcio no soro	mg/dL	
		(Medula óssea)				
		Contagem de células nucleadas	$\times 10^4/\text{mm}^3$	Contagem de megacariócitos	/mm ³	
		Linfócitos	%	E/M		
		Exames de função hepática (Data:)	Total de proteína no soro (TP)	g/dL	GOT (AST)	unidade
			Proporção entre albumina e globulina (A/G)		GPT (ALT)	unidade
			Bilirrubina	mg/dL	LDH	unidade
	Exames de urina (Data:)	Opacidade			Proteína: 1. positivo 2. negativo	
		Glicose	1. positivo 2. negativo		Urobilinogen: 1 aumento 2. normal 3. diminuição	
	Exame de sangue oculto nas fezes (Data:)	(Com o método de) 1. positivo 2. negativo				
	Exames de função renal (Data:)	PSP: (nível de 15 minutos)	%	Exame de concentração (urina) para gravidade específica máxima)		
	Metabolismo basal (Data:)					
	Nível de glicose (Data:)	Em jejum	mg/dL	Teste de tolerância a glucose: (g) Antes (mg/dL) Após 60 minutos (mg/dL) Após 120 minutos (mg/dL)		
Exames função pulmonar (Data:)	Capacidade pulmonar	cc	Taxa por segundo	%		
Diagnóstico histopatológico (Data:)	(Nome do tecido)					
Pressão arterial (Data:)	Pressão sistólica (Alta):	mm Hg	Pressão diastólica (Baixa):	mm Hg		

(verso)

Outros exames	Raio – X	Toráx (Data:) (pulmão ou coração) índice cardiotorácico		Abdome (Data:)		Aparelho locomotor (Data:)		
	Electrocardiograma (ECG) (Data:)	Alteração de segmento ST		Alteração de onda T		Arritmia cardíaca (Rítimo cardíaco anormal)		Outros
	Endoscópio (Data:)	(Nome do parte:)						
	Exames oftalmológicos (Data:)	Presença ou Ausência de opacificação de cristalino		1. Presença	Capacidade de visão	Direita () Esquerda ()		
		Condição de opacificação de cristalino						
		Instruções especiais para sinal de opacificação de cristalino						
Exames de função neurológica (Data:)	Paralisia de extremidade: 1. Presença 2. Ausência		Distúrbio da fala: 1. Presença 2. Ausência		Outros			
Outras instruções especiais								
Atesto os diagnósticos mencionados acima. Data: Nome de Instituto Médico: Endereço: Nome do médico responsável: Carimbo (carimbo ou assinatura) (A validade neste atestado médico é de um mês após a emissão.)								

Notas para preenchimento

- 1 Preencha em japonês ou inglês exceto aos “Nome completo”, “Endereço residencial”, “Nome de Instituto Médico”, “Endereço” e “Nome do médico responsável”
- 2 Este atestado médico é necessário para aprovar se o requerente seja em condições de doença acompanhada com a disfunção determinada pela ordenação do Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência (disfunção marcada em *1). Caso a doença não seja causada pela bomba atômica, o auxílio de controle da saúde não será pago.
- 3 As disfunções compreendidas pelo auxílio de controle da saúde estão a nível de causar problemas na vida diária; a seguir estão as doenças que se aplicam:
 - (1) Doença acompanhada com disfunção de hematopoese (Principalmente, anemia plástica, e anemias por deficiências de ferro).
 - (2) Doença acompanhada com disfunção hepática (Principalmente, cirrose hepática).
 - (3) Doença acompanhada com disfunção de proliferação celular (Principalmente, neoplasia maligna).
 - (4) Doença acompanhada com disfunção endócrina (Principalmente, diabetes mellitus, hipotireoismo, e hipertireoismo).
 - (5) Doença acompanhada com disfunção cerebrovascular (Principalmente, hemorragia subaracnóidea, hemorragia cerebral, infarto cerebral).
 - (6) Doença acompanhada com disfunção cardiovascular (Principalmente, doença cardíaca hipertensiva, e doença isquêmica crônica do coração).
 - (7) Doença acompanhada com disfunção renal (Principalmente, síndrome nefrótica, nefrite crônica, insuficiência crônica renal, e glomerulonefrite crônica).
 - (8) Doença acompanhada com disfunção visual por opacificação do cristalino (Principalmente, catarata).
 - (9) Doença acompanhada com disfunção respiratória (Principalmente, enfisema, pneumonia intersticial crônica, e fibrose pulmonar).
 - (10) Doença acompanhada com disfunção de aparelho locomotor (Principalmente, osteoartrite, e espondilosis deformante).
 - (11) Doença acompanhada com disfunção de aparelho digestivo por úlcera (Principalmente, úlcera gástrica, e úlcera duodenal).
- 4 Favor preencher detalhadamente o resultado do exame na coluna *3 para esclarecer a condição da doença descrita na coluna *2.

Atestado Médico para Auxílio de Saúde

Nome		Data de nascimento:	Masculino / Feminino						
Endereço de residência									
Nome de ferimento ou de doença que causou a disfunção									
Caso seja constatado que o ferimento ou a doença não foi causada pela bomba atômica, favor escrever a sua opinião.									
*1 Condição de disfunção física	Capacidade de visão	Olho direito ()	*2 Audição	Perda de audição (padrão velho)	Direita: db Esquerda: db		Disfunção de tronco corporal		
		Olho esquerdo ()		Nível de audição (padrão novo)	Direita: db Esquerda: db		Outras disfunção locomotora		
	Disfunção de balanço						Disfunção interna		
	Disfunção fonética e lingual								
	Condição dos membros superiores								
	Condição dos dedos da mãos				Condição de irregularidade de rosto e cabeça, etc			Parte	
	Condição dos membros inferiores							Condição	
*2 Comente se a condição da disfunção acima estiver no nível determinado na lista anexa 1 dos regulamentos de cumprimento da lei sobre o auxílio para as vítimas de bomba atômica.				1. Corresponde ao número () da lista anexa 1. 2. Não corresponde à lista anexa 1.					
Comente se a disfunção acima esteja persistente.				1. Persistente 2. Não persistente					
Atesto os diagnósticos mencionados acima. (A validade deste atestado médico é de um mês da solicitação.)									
Data:									
Nome de Instituto Médico:									
Endereço:									
Nome de médico responsável:					Carimbo (carimbo ou assinatura)				

Notas para preenchimento

- 1 Preencha em japonês ou inglês excetos aos “Nome completo”, “Endereco residencial”, “Nome de Instituto Médico”, “Endereço” e “Nome do médico responsável”
- 2 Favor escrever as observações que mostram a condição da disfunção na coluna de *1.
- 3 Favor verificar no verso sobre a lista anexa 1 de *2, e assinale um circulo em 1 ou 2.

(verso)

Lista Anexa 1

1. O total de capacidade de visão de ambos os olhos é 0,08 ou menos.
2. Perda de audição de ambos os ouvidos é 80 db ou mais.
3. Disfunção de balanço considerável.
4. Perda de audição ou da função lingual.
5. Perda de polegar ou indicador dos membros superiores.
6. Disfunção considerável de polegar ou indicador dos membros superiores.
7. Disfunção considerável de membro superior esquerdo ou direito.
8. Perda de todo os dedos de membro superior esquerdo ou direito.
9. Perda da função de todos os dedos de membro superior esquerdo ou direito.
10. Perda dos membros mas baixos das articulação de Chopart.
11. Disfunção considerável de membros inferiores.
12. Perda da parte excedente a metade da coxa no membro inferior esquerdo ou direito.
13. Perda da função de membro inferior esquerdo ou direito.
14. Disfunção de tronco considerável ao ponto de ter dificuldade para andar.
15. Situação restritiva conforme um dos itens listados acima, em casos de disfunção física ou condição que necessita de repouso, além de causar limitações na vida diária ou fica exposto a severas restrições.
16. Situação restritiva conforme um dos itens listados acima do mesmo grau ou mais, em casos de disfunção física ou condição duplicada .
17. Irregularidades da cabeça, do rosto, etc. que limitam rigorosamente a vida diária.

Observações: A capacidade de visão deve ser avaliada pela tabela de visão universal.
Em caso de reflexão anormal, a visão corrigida deve ser avaliada.

Atestado Médico para Auxílio Especial de Tratamento Médico

Nome		Data de nascimento:	Masculino / Feminino
Endereço residencial			
*1 Nome de ferimento ou doença referente à aprovação da cláusula 1 do artigo 11 da lei sobre o auxílio para as vítimas de bomba atômica.			
*2 Observações atuais do ferimento ou da doença acima.	1) Exame físico		
	2) Exame patológico – clínico		
	3) Outros exames		
	4) Outras instruções especiais		
Condição atual do ferimento ou da doença acima.	1. Na condição de ferimento ou doença acima. 2. Não está na condição de ferimento ou doença acima.		
Atesto os diagnósticos mencionados acima. (A validade deste atestado médico é de um mês da solicitação.) Data: Nome de Instituto Médico: Endereço: Nome de médico responsável: Carimbo (carimbo ou assinatura)			

Nota para preenchimento:

1 Preencha em japonês ou inglês exceto aos “Nome completo”, “Endereço residencial”, “Nome de Instituto Médico”, “Endereço” e “Nome do médico responsável”

2 Favor escrever comentários na coluna *2 para esclarecer a condição do ferimento ou da doença preenchida na coluna *1.

Atestado Médico para Auxílio de Microcefalia Causada por Bomba Atômica

Nome		Data de nascimento:	Masculino / Feminino				
Endereço residencial							
Sintomas de microcefalia	positiva/negativa						
Caso seja constatada que a condição acima não foi causada pela radiação de bomba atômica, favor escrever a sua opinião.							
Dados do recém-nascido	Idade gestacional	Peso					
	semanas	g					
Anamnésia	Epilepsia	Outros					
Condição de retardação de crescimento							
Condição atual	Altura	cm	Peso	kg	Perímetro cefálico	cm	
	Sinais de alteração	Cabeça					
		Olhos					
		Pele					
		Espinha					
		Extremidade					
	Adaptabilidade à vida						
	Outros comentários						
Outros instruções especiais							
Comente se a disfunção mental ou física com referência a microcefalia seja a disfunção considerável ao ponto em que a vida diária esteja rigorosamente limitada ou coloque exposto a severas restrições.							
<p>Atesto os diagnósticos mencionados acima.(A validade deste atestado médico é de um mês após a emissão.)</p> <p>Data:</p> <p>Nome do Instituto Médico:</p> <p>Endereço:</p> <p>Nome de médico responsável: Carimbo (carimbo ou assinatura)</p>							

Notas para preenchimento

Preencha em japonês ou inglês excetos aos “Nome completo”, “Endereço residencial”, “Nome de Instituto Médico”, “Endereço” e “Nome do médico responsável”

Formulário de Solicitação para Depósito em Conta Bancária

Data: _____

Ao Ex.^{mo(a)} Sr(a):

Número de caderneta de saúde da vítima de bomba atômica

Nome do beneficiário

Endereço do beneficiário

Favor depositar o auxílio referente à lei sobre o auxílio para as vítimas de bomba atômica na minha própria conta, informada abaixo:

Favor preencher abaixo:

Nome do banco	
Código do banco	
Nome da agência	
Endereço da agência do banco	
País	
Número da conta corrente	
Nome do titular da conta	
Número de telefone do beneficiário	
País de residência do beneficiário	

* Favor escrever em **LETRAS MAIÚSCULAS.**

Procuração

Data: _____

Ao Ex.^{mo(a)} Sr(a):

Outorgante:

Endereço _____

Nome _____ carimbo
(carimbo ou assinatura)

Número da caderneta de saúde da vítima de bomba atômica

Autorizo a pessoa abaixo como meu procurador a entregar os documentos necessários para a solicitação do auxílio de _____.

Favor preencher abaixo:

Procurador:

Endereço: _____

Nome: _____ carimbo

Assinatura: _____

Notificação de Alteração do Nome

Ao Ex.^{mo(a)} Sr(a):

Data: _____

Notifico a alteração do nome, conforme abaixo:

Número de caderneta de saúde da vítima de bomba atômica	Nome	Data de nascimento	Sexo
	carimbo (carimbo ou assinatura)	Data:	Masculino / Feminino
Nome antes da alteração			
Nome após alteração			
Data da alteração	Data:		
Observações:			

* Favor anexar o certificado emitido por um órgão oficial que permite conferir a alteração do nome.

Notificação de Alteração do Endereço Residencial

Ao Ex.^{mo(a)} Sr(a):

Data: _____

Notifico a alteração do endereço residencial, conforme abaixo:

Número de caderneta de saúde da vítima de bomba atômica	Nome	Data de nascimento	Sexo
	carimbo (carimbo ou assinatura)	Data:	Masculino / Feminino
Endereço atual			
Endereço anterior			
Data da alteração	Data:		
Observações:			

Notificação de Óbito

Ao Ex.^{mo(a)} Sr(a):

Data: _____

Nome	Carimbo (carimbo ou assinatura)	Relacionamento com a vítima de bomba atômica falecida	
Endereço residencial	Endereço Telefone		

Pessoa falecida	Nome	
	Endereço residencial, no falecimento	
	Número de caderneta de saúde da vítima de bomba atômica	
	Data do óbito	Data:

* Favor anexar os documentos que certificam o óbito (incluindo o atestado de óbito).

* Favor devolver a caderneta de saúde da vítima de bomba atômica juntamente com o certificado do auxílio.

Caso tenha perdido a caderneta, favor escrever seu nome abaixo juntamente com o carimbo ou a assinatura.

Notificação de perda da caderneta de saúde da vítima de bomba atômica.

Notifico que a caderneta de saúde da vítima de bomba atômica foi perdida.

Nome do declarante:

Carimbo (carimbo ou assinatura)

Ficha de Análise para Instituições Médicas

1 Instituto Médico

Pais, ou Região		Nome de Consulado ou Enbaixada do Japão no exterior	
Nome de Instituto Médico			
Endereço			
Telefone			

2 Disponibilidade de Realização para Diagnósticos e Exames

(1) Itens de Diagnósticos (Marque com “✓” as doenças possíveis de avaliação)

Tipo de disfunção	Nomes das doenças
(1) Disfunção de hematopoese	<input type="checkbox"/> Anemia plástica, <input type="checkbox"/> Anemias por deficiências de ferro
(2) Disfunção hepática	<input type="checkbox"/> Cirrose hepática
(3) Disfunção de proliferação celular	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna
(4) Disfunção endócrina	<input type="checkbox"/> Diabetes melitus, <input type="checkbox"/> Hipotiroismo, <input type="checkbox"/> Hipertiroismo
(5) Disfunção cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Hemorragia subaracnóideia, <input type="checkbox"/> Hemorragia cerebral, <input type="checkbox"/> Infarto cerebral
(6) Disfunção cardiovascular	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca hipertensiva, <input type="checkbox"/> Doença isquêmica crônica do coração
(7) Disfunção renal	<input type="checkbox"/> Síndrome nefrótica, <input type="checkbox"/> Nefrite crônica, <input type="checkbox"/> Insuficiência crônica renal, <input type="checkbox"/> Glomerulonefrite crônica
(8) Disfunção visual por opacificação do cristalino	<input type="checkbox"/> Catarata
(9) Disfunção respiratória	<input type="checkbox"/> Enfisema, <input type="checkbox"/> Pneumonia intersticial crônica, <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar
(10) Disfunção de aparelho locomotor	<input type="checkbox"/> Osteoartrite, <input type="checkbox"/> Espondilosis deformante
(11) Disfunção de aparelho digestivo por úlcera	<input type="checkbox"/> Úlcera gástrica, <input type="checkbox"/> Úlcera duodenal

(2) Itens de exames (Marque com “✓” os exames possíveis de avaliação)

Itens de exames	
(1)	Exames hematológico
<input type="checkbox"/>	Sangue periferal (Volume hemoglobina, Contagem de granulócitos, Contagem de eritrócitos, Células patológicas, Contagem de reticulocitos, Contagem de plaquetas, Contagem de leucócitos)
<input type="checkbox"/>	Medula óssea (Contagem de células nucleadas, Contagem de megacariócitos, Linfócitos)
(2)	<input type="checkbox"/> Exames de função hepática (Total de Proteína no soro (TP), Proporção A/G (albumina / globulina), Bilirrubina, GOT (AST), GPT (ALT), LDH, ALP, ZTT, ICG)
(3)	<input type="checkbox"/> Exames de urina (Opacidade, Glicose, Proteína, Urobilinogen)
(4)	<input type="checkbox"/> Exame de sangue oculto nas fezes
(5)	<input type="checkbox"/> Exames função renal (PSP, Teste de concentração (urina) para gravidade específica máxima)
(6)	<input type="checkbox"/> Metabolismo basal
(7)	<input type="checkbox"/> Nível de glicose (Em jejum, Teste de tolerância a glicose (Antes, Após 60 minutos, Após 120 minutos))
(8)	<input type="checkbox"/> Exames função pulmonar (Capacidade pulmonar, Taxa por segundo)
(9)	<input type="checkbox"/> Diagnóstico histopatológico
(10)	<input type="checkbox"/> Pressão arterial (Alta, Baixa)
(11)	<input type="checkbox"/> Raio - X (Torax, Abdome, Aparelho locomotor)
(12)	<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma (ECG) (Alteração de segmento ST, Alteração de onda T, Arritmia cardíaca (Ritmo cardíaco anormal))
(13)	<input type="checkbox"/> Endoscópio
(14)	<input type="checkbox"/> Exames oftalmológicos (Capacidade de visão, Presença ou Ausência de opacificação de cristalino, Condição de opacificação de cristalino)
(15)	<input type="checkbox"/> Exames de função neurológica (Paralisia de extremidade, Distúrbio da fala)

3 Observações

- * Caso a doença ou exame descrito no atestado médico não esteja incluído nas listas (1) e (2) acima, favor informar a possibilidade da realização de diagnóstico ou exames no seu instituto.

--

Respondo à análise, conforme acima.

Data:

Nome _____ carimbo
(carimbo ou assinatura)