

建設アスベスト給付金

請求書等の様式集

«追加請求用»

目次

様式名	様式番号	様式集の ページ
特定石綿被害建設業務労働者等に対する 給付金等請求書③ (追加請求用)	追-様式 1-1~3	1
請求書添付書類等一覧表 (特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等 追加請求用)	追-様式 2-1~3	4
診断(意見)書 【中皮腫用】	共-様式 1	7
診断(意見)書 【肺がん用】	共-様式 2	8
診断(意見)書 【石綿肺用】	共-様式 3	9 (両面)
診断(意見)書 【びまん性胸膜肥厚用】	共-様式 4	10
診断(意見)書 【良性石綿胸水用】	共-様式 5	11

各様式はキリトリ線で切りとって使用して下さい。

特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等請求書③(追加請求用)

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律による追加給付金の支給を請求します。

請求者氏名

年 月 日 ※1 (代理人氏名)

※1~4 代理人を選任する場合、代理人の情報を並記願います。

1. 請求者の情報

フリガナ	生年月日	
請求者氏名	(明治・大正・昭和・平成・令和)	
フリガナ	年 月 日生	
請求者 住所又は居所	〒 -	〔※3代理人住所 〒 - 〕
電話番号	()	※4 (代理人電話番号) - - -)

※万一、請求者の方が本給付金等の支給の権利の認定・不認定の通知がなされるまでに死亡した場合には、本請求書による請求は無効となります。なお、当該場合には、特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律第3条第2項及び第3項に基づき遺族の方(本請求の請求者を除く。)が御自身の名前で改めて請求を行っていただくことになります。

2. 被災者の情報

フリガナ	生年月日	
被災者氏名	(明治・大正・昭和・平成)	
被災者がお亡くなりになっている場合	請求者の被災者との続柄	請求者より先順位の遺族の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (遺族氏名 :)

労働者災害補償保険法による保険給付の支給決定状況 ※石綿による健康被害の救済に関する法律による 特別遺族給付金の支給決定状況を含む	<input type="checkbox"/> 支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定又は請求中	<input type="checkbox"/> 不支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定なし
---	---	---

(支給決定あり又は不支給決定ありの場合)

決定年月日 (支給・不支給)	(平成・令和) 年 月 日	決定した 労働基準監督署長	労働基準監督署長
(独立行政法人環境再生保全機構) 石綿による健康被害の救済に関する法律による 救済給付の認定決定状況		<input type="checkbox"/> 認定決定あり <input type="checkbox"/> 申請予定又は申請中	<input type="checkbox"/> 不認定決定あり <input type="checkbox"/> 申請予定なし

(認定決定または不認定決定がある場合)

決定年月日 (認定・不認定)	(平成・令和) 年 月 日	認定を受けた 疾病	<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺
-------------------	------------------	--------------	---

3. 請求に関する情報

(追) - 様式 1 - 2)

今回請求する区分 【 】		※以下の②～⑦から該当する番号を1つ記載		
①石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし ②石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり ③石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし ④石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり ⑤以下のいずれか（該当するものを1つ選択） <input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 石綿肺管理4（相当を含む） <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水				
⑥以下のいずれかを原因として死亡（該当するものを1つ選択） <input type="checkbox"/> 石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし <input type="checkbox"/> 石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし				
⑦以下のいずれかを原因として死亡（該当するものを1つ選択） <input type="checkbox"/> 石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり <input type="checkbox"/> 石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり <input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 石綿肺管理4（相当を含む） <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水				
前回の認定区分 【 】		※上記請求する区分の選択肢①～⑤から該当するものを記載		
前回認定日		年	月	日
前回給付金額		円		
(今回請求する区分が⑥又は⑦の場合)				
死亡年月日	(昭和・平成・令和)			備考（請求期限）※記載不要
	年	月	日	
(今回請求する区分が②～⑤の場合)				
請求する疾病にかかったと 医師に診断された日	(昭和・平成・令和)			備考（請求期限）※記載不要
	年	月	日	
(全ての請求区分)				
じん肺管理区分決定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	合併症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病名：)
じん肺管理区分決定年月日 ※じん肺管理区分決定がない場合には、 請求する区分の管理区分に相当する旨の 医師の診断日	(昭和・平成・令和)			備考（請求期限）※記載不要
	年	月	日	
(今回請求する区分が⑤又は⑦で肺がんを選択した場合)				
被災者の喫煙の習慣の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (喫煙1日平均 本、喫煙期間 年 月～ 年 月)			

(次のページにお進み下さい)

(注意) 故意に虚偽の内容を記載する等の不正の手段により給付金の支給を受けた場合には、不正に受給した金額の返還を行う必要があります。また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。

4. 損害賠償金、和解金、補償金等の受取状況

(追) - 様式 1 - 3)

※名称の如何を問わず本請求と同一の原因に基づく損害賠償金や和解金、補償金等の請求や受領を行っている、又は、行ったことがある方は記入して下さい。

国に対する訴訟情報	提訴裁判所名	事件番号	原告番号		
企業等に対する請求情報	請求先の商号、名称又は氏名	請求額		円	
	※現時点での請求中又は訴訟係属中の損害賠償金や和解金、補償金等について記載して下さい。				
企業等からの受取情報 ※既に支払を受けた損害賠償金 や和解金、補償金について 記載して下さい。	支払者の商号、名称又は氏名	受領額		円	
	受領した者の氏名	被災者との続柄			
	受領日	年 月 日			
	(受領額の内訳※内訳がある場合記載して下さい。)				
	元本	円	遅延損害金	円	弁護士費用その他

5. 振込を希望する金融口座 (※請求者本人又は代理人弁護士の口座をご指定下さい。)

フリガナ													金融機関コード
金融機関名	銀行・信用金庫 その他()												
フリガナ													支店コード
支店名	本店・支店 支所・出張所												
口座番号								預金種目	普通・当座・貯蓄				
フリガナ													
口座名義													

※フリガナは、濁点・半濁点も1文字として記載して下さい。

6. 個人情報の取扱い

本請求書に記載された情報、請求者から提出された本請求に関する資料及び行政機関が保有する本請求に関する資料等の情報について、被災者の方が本請求の認定要件に合致するかなどを確認するために、医療機関、被災者の方がお勤めの企業（かつてお勤めであった企業を含みます。）などに、審査・認定に必要な限度で提供する場合があります。

上記について同意します。

上記について同意しません。

※同意いただけない場合には、認定要件に合致することが確認できないなどの影響が出る場合があります。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		() -	

請求書添付書類等一覧表
(特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等 追加請求用)

特定石綿被害建設業務労働者等に対する追加給付金の請求に関して、下記の請求書及び添付書類を提出して下さい。

請求者情報	フリガナ		生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和)		
	氏名			年 月 日		
	住所					
	請求 年月日					

※ 各添付書類の左上に書類番号を記載して下さい（順不同）。

※ 添付している書類欄に□するとともに、書類番号を記入して下さい。

書類番号	書類の種類	<input checked="" type="checkbox"/>	備考
1. 基礎資料			
△	①請求書	<input type="checkbox"/>	【必須】 特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等請求書③（追 - 様式 1）を記載し、提出して下さい。
	①-2 委任状 又は成年後見人等であることを 証明する書類等	<input type="checkbox"/>	【該当する場合必要】 請求者本人以外の方が①の請求書を記載する場合は、委任状又 は成年後見人等であることを証明する書類、及び代理人又は成 年後見人等の本人確認資料を必ず添付して下さい。 ※社会保険労務士が作成・提出・事務代理を行う場合には不要 です。
	①-3 振込を希望する金融口座の 通帳又はキャッシュカードの写し	<input type="checkbox"/>	【必須】 給付金の振り込み誤りを防ぐため、添付して下さい。（※振込 を希望する金融口座は請求者本人又は代理人弁護士の口座をご 指定下さい。）
2. 添付資料			
(0) 労災支給決定等情報提供サービス【該当する場合必要】			
○	☆通知書のコピー (「労災支給決定等情報」のコピー)	<input type="checkbox"/>	前回の給付金等の認定後に労災支給決定等情報提供サービスを 受けている場合には、同サービスにより提供を受けた「労災支 給決定等情報」の写しを添付して下さい。
	(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【原則必要】		
※請求者が労災支給決定等情報提供サービスの申請者又は給付金請求（前回の追加給付金を含む）時の請求者と同一、か つ、申請・請求時と同一住所の場合には不要です。			
○	②住民票の写し等 (請求者の氏名・生年月日・住所を 確認できる書類)	<input type="checkbox"/>	原則、住民票の写しを添付して下さい。 ※1 婚姻や国籍変更などで提出書類に複数の氏名表記がある場合には 住民票の写しに併せて戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書のいずれかを添 付して下さい。 ※2 請求者の方が外国人の場合で住民票の写しが用意できない場合に は、旅券、その他の身分を証明する書類の写しを添付して下さい。

(次のページにお進み下さい)

(2) 請求者が被災者の遺族である場合(被災者の方がお亡くなりになっている場合)に必要な書類

※③及び④については労災支給決定等情報提供サービスの申請時等に提出されている戸籍謄本等で請求者が給付金等を受け取ることができる遺族のうち最先順位者であることが確認できる場合には不要です。

また、⑤については被災者に関する労災保険の遺族補償給付、石綿救済法の救済給付(救済給付調整金、特別遺族弔慰金、特別葬祭料に限る)、特別遺族給付金の支給決定や認定を受けている場合は不要です。

	③戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	【必須】 請求者と被災者との身分関係や請求者以外に給付金を受け取ことができる遺族の有無を確認するため、戸籍謄本等の資料を添付して下さい。
	④事実婚であることを証明する書類	<input type="checkbox"/>	【該当する場合必要】 続柄に「妻(未婚)」等と表示されている住民票の写しなどの、事実上婚姻関係と同様の事情にあることが確認できる資料を添付して下さい。
	⑤死亡届の記載事項証明書 (死亡の事実や死亡の原因が確認できる書類)	<input type="checkbox"/>	【原則必要】 死亡診断書又は死体検査書もしくは検視調書記載事項についての市町村長の証明書等を添付して下さい。 ※被災者に関する労災保険の遺族補償給付、石綿救済法の救済給付(救済給付調整金、特別遺族弔慰金、特別葬祭料に限る)、特別遺族給付金の支給決定や認定を受けている場合は不要です。

(3) 被災者の方に労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定、

石綿救済法の救済給付の認定・不認定又はじん肺管理区分決定がある場合に必要な書類**【該当する場合必要】**

	⑥支給決定等を受けた事実がわかる資料	<input type="checkbox"/>	各制度の支給決定や認定等がある場合には労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定に係る「支給決定通知書」や石綿救済法の救済給付に関する「認定等の結果通知」、じん肺法に基づく「じん肺管理区分決定通知書」などの写しを添付して下さい。 ※前回の認定時に提出されている資料及びお手元に無い資料については不要です。
--	--------------------	--------------------------	---

(4) 請求する区分の石綿関連疾病にり患していることを証明する資料**【原則必要】**

※過去に認定された疾病区分によっては省略できる場合がございますので、個別にご相談下さい。

※請求する区分の疾病が労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定

又は石綿救済法の救済給付の認定を受けている石綿関連疾病と同様の場合には不要です。

	⑦石綿関連疾病へのり患がわかる資料	<input type="checkbox"/>	診断(意見)書(疾病により共一様式1~5)を添付して下さい。
	⑦-2 診断の根拠となる資料 (り患した疾病にかかわらず必要な資料)	<input type="checkbox"/>	エックス線画像、CT画像を添付して下さい。 また、石綿計測結果報告書や診療録の写し、その他検査結果報告書があれば添付して下さい(検査を行っていない場合は不要です。)。
	⑦-3 診断の根拠となる資料 (中皮腫にり患している場合に必要な資料)	<input type="checkbox"/>	病理組織診断報告書、細胞診断報告書を添付して下さい。 ※どちらか1つの報告書は必ず提出して下さい。 また、可能な限り以下の標本も提出して下さい。 病理組織診断報告書の場合:HE染色標本 細胞診断報告書の場合:パパニコロウ染色標本

	<p>⑦-4 診断の根拠となる資料 <u>(石綿肺 (※) 及びびまん性胸膜肥厚に り患している場合に必要な資料)</u> ※じん肺管理区分が4又は これに相当するものに限る</p>	<input type="checkbox"/>	呼吸機能検査結果報告書を添付して下さい。
	<p>⑦-5 診断の根拠となる資料 <u>(良性石綿胸水に り患している場合に必要な資料)</u></p>	<input type="checkbox"/>	胸水の検査結果（性状、浸出液か漏出液かの鑑別のための検査を含む生化学的検査、細胞診を含む細胞学的検査、細菌学的検査、C E A、C Y F R A、A D A、ヒアルロン酸値等）及び胸水貯留をきたす他の疾病の有無を示す医証（既往歴・現病歴、リウマチ因子等の検査結果等）を添付して下さい。
(5) 追加給付金請求の場合に必要な書類【原則必要】			
	<p>⑧前回の給付金の認定内容等がわかる資 料</p>	<input type="checkbox"/>	前回認定時の認定決定通知書の写しを添付して下さい。 ※お手元に無い場合は提出不要です。
(6) 企業等から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合に必要な資料【該当する場合必要】			
	<p>⑨企業等からの受領金額等のわかる資料</p>	<input type="checkbox"/>	企業等から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合には、判決内容のわかる書類や和解に関する合意書などの写し及び受領年月日のわかる資料の写し等を添付して下さい。 ※前回の認定時に提出されている資料については不要です。
(7) その他の必要な資料			
	<p>⑪資料の日本語訳</p>	<input type="checkbox"/>	【該当する場合必要】 日本語以外で作成された資料がある場合には、必ず添付して下さい。

※提出が不要となっている資料等についても場合によっては、追加で提出を求めることがありますのでご留意願います。

〈厚生労働省への伝達事項〉

提出が必要とされている書類について提出ができない特別な事情がある場合には、下の欄にその旨を記載して下さい。

--

(以上)

[中皮腫用]

診断(意見)書

患者の氏名 ・生年月日	(年月日生)		疾病名			
初診年月日	年月日		治療期間	年月日 ～年月日		
主訴及び症状所見						
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無	□組織診(□生検 □剖検) 年月日実施 □細胞診(□喀痰 □胸水) 年月日実施			
	組織型	□上皮型 □肉腫型 □二相型 □その他()				
	画像診断	[診断根拠] □X線写真 □CT画像 □MRI □その他()				
	病理診断	[診断根拠] □体腔液細胞診 □経皮穿刺生検 □内視鏡下生検 □手術 □剖検 □その他() □免疫組織化学的染色検査(抗体)				
	他の悪性腫瘍を否定する所見					
	胸膜プラークの所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無	[検査等の種類] □X線写真 □CT画像 □胸腔鏡 □手術 □剖検 [範囲・程度]			
石綿小体・ 石綿纖維の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施	・石綿小体 □有 □無 □計測等未実施			・石綿纖維 □有 □無 □計測等未実施	
		[有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] □上葉 □中葉 □下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 □有 (石綿小体 本 石綿纖維 本) □無				
		石綿肺の所見	[所見の内容]			
既往症・基礎疾患						
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見						
その他参考となる事項						

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	□診療録 □病理検査記録 □臨床検査結果 □X線写真 □CT画像 □その他()
------	--

令和 年月日

厚生労働大臣 殿

病院
診療所

医師氏名

印

[肺がん用]

診 断 (意 見) 書

患者の氏名 ・ 生年月日	(年 月 日生)		疾 病 名				
初診年月日	年 月 日		治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
主訴及び症状所見							
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無	□組織診(□生検 □剖検) 年 月 日実施 □細胞診(□喀痰 □胸水) 年 月 日実施				
	組 織 型	□扁平上皮がん □腺がん □小細胞がん □大細胞がん					
	原 発 性	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肯・否	[鑑別根拠]				
胸膜プラーク の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無	[検査等の種類] □X線写真 □CT画像 □胸腔鏡 □手術 □剖検					
		[有の場合はその程度] □ 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの ^(注1) □ 胸部CT画像上で胸膜プラークを認め、左右いずれか1側の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりが胸壁内側の1/4以上のもの □ 上記には該当しない胸膜プラーク					
石綿小体・ 石綿繊維 の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無 □ 計測等 未実施	・石綿小体 □有 □無 □計測等未実施			・石綿繊維 □有 □無 □計測等未実施		
		[有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] □上葉 □中葉 □下葉 標準的な方法 ^(注2) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 □有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) □無					
		石綿肺の所見	□ <input type="checkbox"/> 有・無	[所見の内容]			
びまん性胸膜肥厚の併 発	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無	[所見の内容]					
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴 と発症(死亡)との因 果関係に関する意見							
その他参考 となる事項							

(注1) 胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次のいずれかに該当する場合をいう。

- ・両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの
- ・両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの

(注2) 独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	□診療録 □病理検査記録 □臨床検査結果 □X線写真 □CT画像 □その他()
------	--

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

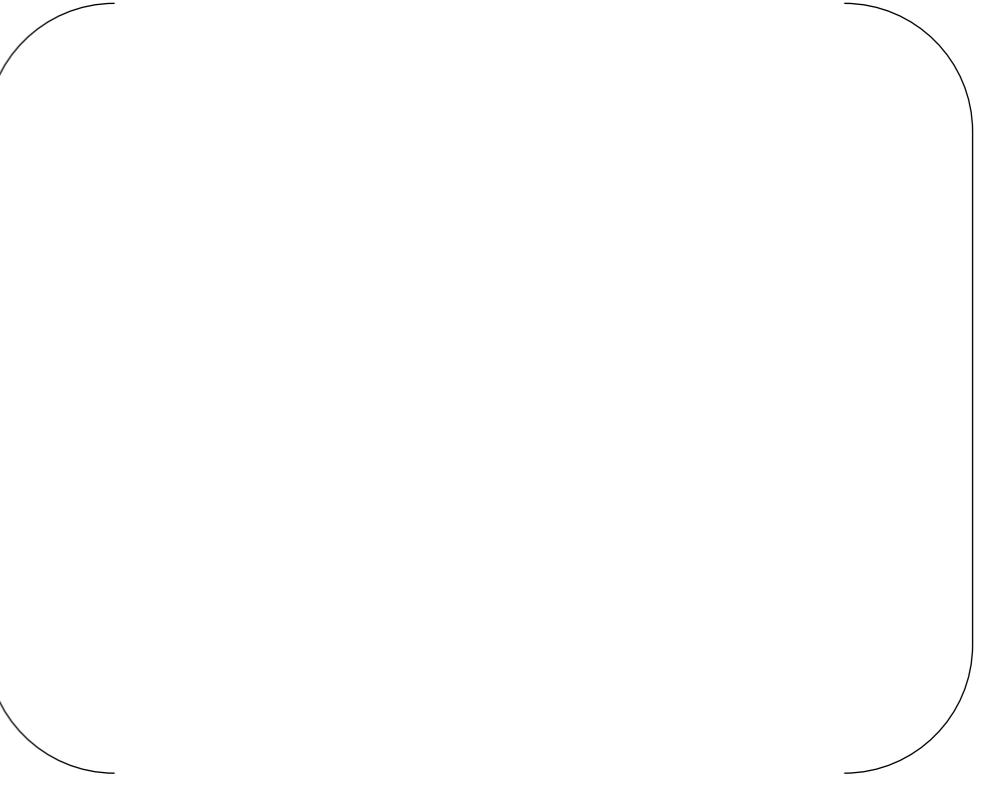
病院
診療所

医師氏名

印

[石綿肺用]

診断(意見)書

患者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)		疾 病 名												
初診年月日		年 月 日		治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日											
主訴及び症状所見																
診断 放射 線画像 による 検査	胸部エックス線 写真による検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査			4. エックス線写真の像 イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3/+) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th>像</th> <th>区分</th> <th>タイプ</th> </tr> <tr> <td>粒状影</td> <td>/</td> <td>p q r</td> </tr> <tr> <td>不整形陰影</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table> ハ. 大陰影の区分 (A B C) ハ. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)			像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整形陰影	/	
			像	区分	タイプ											
			粒状影	/	p q r											
不整形陰影	/															
1. 撮影年月日	年 月 日															
2. 写真番号																
3. 撮影条件	KV															
	mAs															
増感紙																
診断 放射 線画像 による 検査	胸部CT画像による検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	1. 撮影年月日 イ. 胸膜下粒状影(右 左) ハ. 胸膜下線状影(右 左) ハ. 胸膜下分枝状影(右 左) 二. 肺実質内帯状影(右 左) ホ. すりガラス陰影(右 左) ハ. 胸膜下楔状影(右 左) ト. 小葉内網状影(右 左) チ. モザイク状陰影(右 左) リ. 蜂窓肺(右 左) ハ. 胸膜ブラーク(右 左)		2. その他の所見 											
			放射線画像上、初めて石綿肺所見を認めた時期			年 月 頃										
			石綿肺の確定診断年月日			年 月 日										
肺機能検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	1. 身長	m	2. 満年齢	歳											
		3.1秒量予測値	ℓ	4. 肺活量予測値	ℓ											
		呼吸機能検査実施年月日 年 月 日検査			動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査)											
		肺活量	ℓ	採血の部位												
		努力肺活量	ℓ	採血から分析終了までの時間	分											
		1秒量	ℓ	酸素分圧	Torr											
		1秒率	□□. □ %	炭酸ガス分圧	Torr											
		% 1秒量	□□□. □ %	肺胞気動脈血酸素分圧較差	□□. □□ Torr											
% 肺活量	□□□. □ %															
判定 F(- + +)																
※1 スパイロメトリー検査及びフローボリューム曲線検査については、最低3回以上実施した上で、最良の検査結果を記載してください。 ※2 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください(必須)。																

胸部に関する臨床検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	検査実施年月 日検査																																																																						
		自覚症状	呼吸困難	I	II	III	IV	V	他覚症状	チアノーゼ	+	-																																																												
			せき	+	-					ばち状指	+	-																																																												
			たん	+	-					副雜音	+	-		(部位)																																																										
			心悸亢進	+	-					その他																																																														
			その他																																																																					
		喫煙歴等	喫煙歴: なし、やめた、吸っている () 本/日 × () 年 (~) 歳																																																																					
石綿以外の粉じん吸人歴: なし、あり (年間) 粉じん種別()																																																																								
合併症の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]																																																																						
		<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎 <input type="checkbox"/> 結発性気管支炎 <input type="checkbox"/> 結発性気管支拡張症 <input type="checkbox"/> 結発性気胸 <input type="checkbox"/> その他()																																																																						
		合併症に関する検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査)																																																																						
		自覚症状				肺結核以外の合併症に関する検査	<input type="checkbox"/> 結核菌 <input type="checkbox"/> 塗抹 + - <input type="checkbox"/> 培養 + - <input type="checkbox"/> 摄影法() <input type="checkbox"/> 所見 <input type="checkbox"/> 赤血球沈降速度 1時間値 mm 2時間値 mm <input type="checkbox"/> ツベルクリン反応 mm × mm	<input type="checkbox"/> 結核菌 <input type="checkbox"/> 塗抹 + - <input type="checkbox"/> 培養 + - <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 性状 <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 年月日(初日) <input type="checkbox"/> 所見 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 摄影法 <input type="checkbox"/> らせんCT、その他() <input type="checkbox"/> 所見	<input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 年月日	<input type="checkbox"/> 塗抹 + - <input type="checkbox"/> 培養 + - <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> 塗抹 + - <input type="checkbox"/> 培養 + - <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 年月日 <input type="checkbox"/> 年月日																																																													
		結核精密検査	結核菌	塗抹	+ -																																																																			
				培養	+ -																																																																			
				撮影法	()																																																																			
				所見																																																																				
				赤血球沈降速度	1時間値 mm																																																																			
					2時間値 mm																																																																			
		ツベルクリン反応	mm × mm																																																																					
		その他の所見																																																																						
石綿小体・石綿繊維の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施																																																																						
		・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施																																																																						
		[有の場合は以下に記入]																																																																						
		計測等実施機関																																																																						
		乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉																																																																						
標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法:																																																																								
気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本																																																																								
肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無																																																																								
診断に至った経緯																																																																								
療養の必要性 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()																																																																								
現在の病状及び治療内容																																																																								
当院における石綿肺に係る療養開始日 年 月 日																																																																								
前医の情報 医療機関名・担当科名: 医療機関名・担当科名:																																																																								
既往症・基礎疾患																																																																								
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見																																																																								
鑑別除外診断	鑑別除外した疾患(既往も含む)について、該当する□に印を付して下さい。																																																																							
	<table border="0"> <tr> <td>鑑別</td> <td>(できる)</td> <td>(できない)</td> <td>鑑別</td> <td>(できる)</td> <td>(できない)</td> </tr> <tr> <td>石綿肺以外のじん肺</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>薬剤性肺炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>特発性間質性肺炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>好酸球性肺炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>心不全</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>びまん性汎細気管支炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>肺炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>癌性リンパ管症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>膠原病</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>浸潤性粘液性腺癌</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>血管炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>肺リンパ脈管筋腫症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>サルコイドーシス</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>肺胞蛋白症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>過敏性肺炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ランゲルハンス細胞組織球症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>放射線肺炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												鑑別	(できる)	(できない)	鑑別	(できる)	(できない)	石綿肺以外のじん肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特発性間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	好酸球性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癌性リンパ管症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤性粘液性腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血管炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺リンパ脈管筋腫症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過敏性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ランゲルハンス細胞組織球症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	放射線肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	鑑別	(できる)	(できない)	鑑別	(できる)	(できない)																																																																		
	石綿肺以外のじん肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
	特発性間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	好酸球性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
	心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癌性リンパ管症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
	膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤性粘液性腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
	血管炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺リンパ脈管筋腫症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
	サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
過敏性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ランゲルハンス細胞組織球症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
放射線肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
その他参考となる事項																																																																								

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

病院・診療所

医師氏名

印

[びまん性胸膜肥厚用]

診断(意見)書

患者の氏名 ・生年月日	(年月日生)		疾病名				
初診年月日	年月日		治療期間	年月日 ～年月日			
主訴及び症状所見							
診断	壁側胸膜とのゆき着の有無及び範囲・程度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	右側胸膜	[肋横角の消失] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上			
			左側胸膜	[肋横角の消失] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上	<検査等の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()		
鑑別診断の実施等		感染症(細菌性膿胸、結核性胸膜炎)、膠原病(リウマチ性胸膜炎ほか)、薬剤性線維性胸膜炎等との鑑別診断の有無(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) [鑑別根拠の内容]					
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]				
胸膜プラークの所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]				
石綿小体・石綿繊維の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無				
呼吸機能障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	呼吸機能検査実施年月日 年月日検査 [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [%1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年月日検査) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr]				
※1 スパイロメトリー検査及びフローボリューム曲線検査については、最低3回以上実施した上で、最良の検査結果を記載してください。 ※2 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください(必須)。							
療養の必要性	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()						
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見							
その他参考となる事項							

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

令和 年月日

厚生労働大臣 殿

病院
診療所

医師氏名

印

[良性石綿胸水用]

診 断 (意 見) 書

患者の氏名 ・ 生年月日	(年 月 日生)		疾 病 名				
初診年月日	年 月 日		治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
主訴及び症状所見							
診断	胸水確認 の経過等	・今回の胸水の出現 (<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回目) <input type="checkbox"/> 今回の胸水継続期間 ケ月 ・最初の胸水出現からの経過年数 年 ケ月 <検査の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> その他())					
	除外診断 の実施等	悪性腫瘍・結核性胸膜炎・リウマチ性胸膜炎等との除外診断の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [鑑別根拠の内容]					
石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無	[所見の内容]					
胸膜プラーク の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 割検 [範囲・程度]					
石綿小体・ 石綿纖維 の所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 計測等 未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿纖維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿纖維 本) <input type="checkbox"/> 無					
呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 未検査	呼吸機能検査実施年月日 年 月 日検査 [% 肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [%1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr]					
療養の内容	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他())						
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴 と発症(死亡)との因 果関係に関する意見							
その他参考 となる事項							

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他())
------	--

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

病院
診療所

医師氏名

印