

藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策実施要綱に基づく
補償・給付認定（良性石綿胸水）用

診断（意見）書

患者氏名	藤沢 花子	男・ 女	生年月日	1900年 0月 0日
診断名	良性石綿胸水		初診年月日	2000年 0月 0日

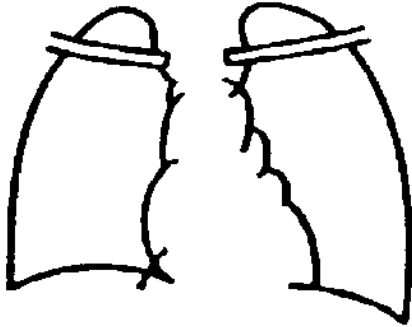
【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を入れ、必要事項を記入してください。

胸腔穿刺日時	右肺：□無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（第1回目 2000年0月0日 第2回目 年 月 日） 左肺：□無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（第1回目 2000年0月0日 第2回目 年 月 日）
胸水外見	<input checked="" type="checkbox"/> 血性 □淡血性 □黄色 □淡黄色 □その他（ ）
胸水の生化学検査	<input checked="" type="checkbox"/> LD (LDH) (胸水/血清比) 00 □未検査 2000年0月0日検査
	<input checked="" type="checkbox"/> 胸水総蛋白 00g/dl □未検査 2000年0月0日検査
	<input checked="" type="checkbox"/> 胸水 ADA 00 IU/l □未検査 2000年0月0日検査
	<input checked="" type="checkbox"/> 胸水ヒアルロン酸 00ng/ml □未検査 2000年0月0日検査
がん既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有：部位（ ） 年 月 日診断
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有：部位（ ） 年 月 日診断
その他の胸水検査	<input checked="" type="checkbox"/> 有 □未検査 I 0 II III IV V (○をつけて下さい) 2000年0月0日検査 2000年0月0日検査 年 月 日検査
	胸水培養 □有（培養細菌名 ） <input checked="" type="checkbox"/> 無 □未検査 2000年0月0日検査
	結核菌培養 □有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □未検査 2000年0月0日検査
	他の検査結果 特になし 年 月 日検査
血清生化学他	Cre 00mg/dl, BNP 00pg/ml, NT-proBNP 00pg/mL CRP 0mg/dl, 腫瘍マーカー 00
腹腔鏡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（ 年 月 日検査）
呼吸機能検査	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（ 年 月 日検査）

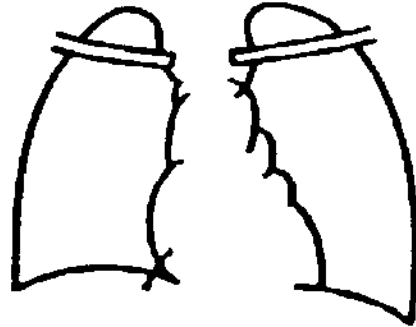
(裏面へ続く)

画像診断の経緯

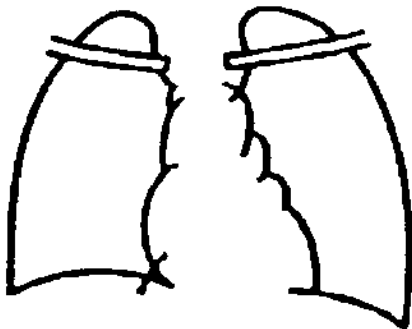
2000年〇月〇日



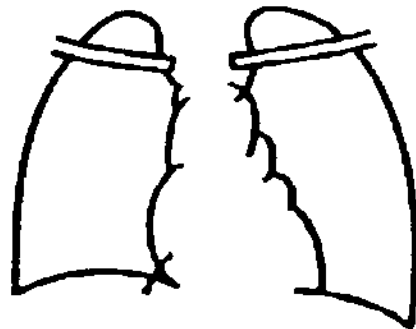
2000年〇月〇日



2000年〇月〇日



2000年〇月〇日



【根拠となった資料の写し】

添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 病理検査記録	※病理検査結果報告書の写しの添付をお願いします。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 臨床検査結果	<input checked="" type="checkbox"/> X線写真	<input checked="" type="checkbox"/> CT画像	<input type="checkbox"/> 診療録
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

2000年〇月〇日

藤 沢 市 長

所在地 **藤沢市藤沢〇-〇**
医療機関名 **〇〇病院 呼吸器内科**

担当医師氏名 **〇〇 〇〇** 印