

「公印省略」

19 健 4 5 5 1 号  
平成20年3月24日

県 医 師 会 長 } 殿  
各 郡 市 医 師 会 長 }



福岡県保健福祉部健康対策課長

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則  
の一部を改正する省令の施行について

このことについて厚生労働省より別添（写）のとおり通知がありました。  
つきましては、各医療機関に周知、指導していただきますようお願い致します。

（新様式につきましては、配布予定ですが、旧様式については、当分の間、  
これを取り繕って使用することができます。）

---

小郡三井医師会より

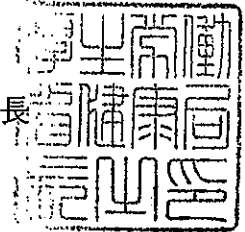
担当理事 名取一幸・毛利康茂  
会長 丸山 泉

健 発 第 0321002 号  
平成 20 年 3 月 21 日

各都道府県知事  
広島市長  
長崎市長

} 殿

厚生労働省健康局長



原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則  
の一部を改正する省令の施行について

本日、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成 20 年厚生労働省令第 41 号。以下「改正省令」という。）が公布され、4 月 1 日から施行されることとされたところであるが、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（平成 7 年厚生省令第 33 号。以下「省令」という。）の改正の内容は下記のとおりであるので、御了知の上、関係者に周知を図るとともに、申請者に適切に周知・指導を行うなど、実施に遺憾なきようお願いしたい。

記

第 1 被爆者健康診断の項目の変更について（省令第 9 条関係）

1 改正の趣旨

被爆者に対する健康診断について、近年の科学的知見等を踏まえ、平成 20 年度より、検査項目の追加・変更を行うこととしたもの。

2 改正の内容

改正の内容は、次のとおりであること。

- （1）赤血球沈降速度検査を CRP 検査に改めたこと。なお、今回規定する CRP 検査は CRP 定量検査であること。
- （2）GOT 検査法及び GPT 検査法をそれぞれ AST 検査法及び ALT 検査法と名称を改めるとともに、ZTT 検査法及び ALP 検査法を γ-GTP 検査法に改めたこと。
- （3）ヘモグロビン A1c 検査を追加したこと。なお、ヘモグロビン A1c 検査は、医師が必要と認める場合に限り行うこととしたところであるが、年 1 回は行われることが望ましいこと。
- （4）上記の改正に伴い、様式に所要の改正を行うこととしたこと。（省令様式第 2 号、第 4 号、第 4 号の 2、第 19 号、第 33 号及び第 33 号の 2 関係）（別紙 1 から別紙 7）



## 第2 原爆症認定申請書様式（省令第12条及び様式第5号）及び医師の意見書様式（様式第6号）の改正について（別紙8及び別紙9）

### 1 改正の趣旨

原爆症の認定に関し、平成20年3月17日の疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会において「新しい審査の方針」が決定されたところであるが、平成20年度から同方針に基づく審査を行うにあたり、申請者の状態をよりの確に把握し、審査をより適切に行う観点から、申請書の様式及び医師の意見書の様式の改正を行うこととしたこと。

### 2 改正の内容

改正の内容は、次のとおりであること。

#### （1）省令第12条及び様式第5号関係

被爆時の状況、特に入市の状況に関し、詳細に把握するため、新たに被爆時の状況を記載する欄を追加することとし、被爆をした地点及びその周囲の状況について記載する取扱いとしたこと。被爆後の入市がある場合には、入市日、入市の時刻、入市経路及びその後の行動、滞在時間等を記載する取扱いとしたこと。この際、被爆者健康手帳の写しを添付する取扱いとしたこと。

また、旧様式で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を記載する取扱いとしていた部分について、申請者の状態をよりの確に把握するため、被爆直後の症状及びその後の健康状態の概要を記載する取扱いとしたこと。これに関し、被爆直後から現在までに、医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付する取扱いとしたこと。

#### （2）様式第6号関係

申請者の既往症に関し、注記を追加することとし、過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入する取扱いとしたこと。

また、現症所見に関し、注記を追加することとし、現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入する取扱いとしたこと。

#### （3）その他

当該欄に記入しきれない場合に別紙を用いることは、従来どおり、差し支えないものであること。

## 第3 経過措置

この省令の施行の際、この省令による改正前の様式により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなすものであること。

また、この省令の施行の際、現にある旧様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができるものであること。

## 様式第二号（第二条関係）

(3ページ)

|      |                            |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |
|------|----------------------------|----------|-----------------------------------|------|------|------|-----------------------------------|------|------|------|--|--|--|--|
| 一般検査 | 検査年月日                      |          | 年 月 日                             |      |      |      | 年 月 日                             |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 項目                         |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 白血球数                       |          | /mm <sup>3</sup>                  |      |      |      | /mm <sup>3</sup>                  |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 赤血球数                       |          | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |      |      |      | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |      |      |      |  |  |  |  |
|      | ヘモグロビン                     |          | g/dl                              |      |      |      | g/dl                              |      |      |      |  |  |  |  |
|      | ヘマトクリット                    |          | %                                 |      |      |      | %                                 |      |      |      |  |  |  |  |
|      | ヘモグロビンA1c                  |          | %                                 |      |      |      | %                                 |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 肝臓機能検査                     |          | AST                               | IU/l | ALT  | IU/l | AST                               | IU/l | ALT  | IU/l |  |  |  |  |
|      |                            |          | γ-GTP                             |      | IU/l |      | γ-GTP                             |      | IU/l |      |  |  |  |  |
|      | C R P                      |          | mg/dl                             |      |      |      | mg/dl                             |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 尿                          | 蛋白       | 陽性・陰性                             |      |      |      | 陽性・陰性                             |      |      |      |  |  |  |  |
|      |                            | 糖        | 陽性・陰性                             |      |      |      | 陽性・陰性                             |      |      |      |  |  |  |  |
|      |                            | ウロビリノーゲン | 増加・正常・減少                          |      |      |      | 増加・正常・減少                          |      |      |      |  |  |  |  |
|      |                            | 潜血       | 陽性・陰性                             |      |      |      | 陽性・陰性                             |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 血圧値                        |          | 最大                                | mmHg |      | 最大   | mmHg                              |      | 最小   | mmHg |  |  |  |  |
|      |                            |          | 最小                                | mmHg |      | 最小   | mmHg                              |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 判定                         |          | 異常認めず・要精密検査                       |      |      |      | 異常認めず・要精密検査                       |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 医療機関の名称                    |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |
| 精密検査 | 検査年月日                      |          | 年 月 日                             |      |      |      | 年 月 日                             |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 項目                         |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 異常の有無                      |          | 有・無                               |      |      |      | 有・無                               |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 検査方法の名称<br>(異常を認めたもの)及び診断名 |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 治療の要否                      |          | 要〔入院〕・否<br>〔入院外〕                  |      |      |      | 要〔入院〕・否<br>〔入院外〕                  |      |      |      |  |  |  |  |
|      | 医療機関の名称                    |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |

様式第四号 (一) (第十一条関係)

| 整理番号                                 |                                      | 健康診断個人表 (一般検査用)   |                                   |                |                                   |                |                                   |                |                                   |                    |                    |      |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|------|--|
| ふりがな<br>氏 名                          |                                      | 性 別               |                                   | 男<br>・<br>女    | 生年月日                              |                | 明治<br>大正<br>昭和                    |                | 年 月 日                             |                    | 被爆者<br>健康手帳<br>番 号 |      |  |
| 居 住 地                                |                                      | 都道<br>府県          |                                   | 区市<br>郡        |                                   | 町 村            |                                   | 番地             |                                   |                    |                    |      |  |
| 被爆時<br>の事情                           | 被爆地                                  | 爆心地から約 キロメートル     |                                   |                |                                   |                |                                   | 法第1条に<br>よる区分  |                                   | 第1号・第2号<br>第3号・第4号 |                    |      |  |
|                                      | 第1号該当者の被爆<br>の状況                     | 屋 内: 木造・コンクリート・石造 |                                   |                |                                   |                |                                   | 屋 外: 遮蔽の有・無    |                                   |                    |                    |      |  |
| 既<br>往<br>症                          | 被爆時前の既往歴                             |                   |                                   |                |                                   |                |                                   |                |                                   |                    |                    |      |  |
|                                      | 被爆直後の行動 (お<br>おむね3週間以内)              |                   |                                   |                |                                   |                |                                   |                |                                   |                    |                    |      |  |
|                                      | 原爆によると思われる<br>急性症状 (おおむ<br>ね6箇月以内)   |                   | 貧血                                | 有・無            | 熱傷                                | 有・無            | 下痢                                | 有・無            | 脱毛                                | 有・無                | 発熱                 | 有・無  |  |
|                                      | 原爆によると思われる<br>慢性症状                   |                   | 外傷                                | 有・無            | 皮膚粘膜の出血                           |                | 有・無                               | 急性症状の<br>持続期間  |                                   | 約 箇月               |                    |      |  |
| 現<br>病<br>理<br>学<br>的<br>検<br>査      | 理 検<br>学 的 査                         | 平成 年 月 日          |                                   | 平成 年 月 日       |                                   | 平成 年 月 日       |                                   | 平成 年 月 日       |                                   |                    |                    |      |  |
|                                      |                                      | 白血球数              | /mm <sup>3</sup>                  |                | /mm <sup>3</sup>                  |                | /mm <sup>3</sup>                  |                | /mm <sup>3</sup>                  |                    |                    |      |  |
|                                      |                                      | 赤血球数              | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |                | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |                | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |                | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |                    |                    |      |  |
|                                      |                                      | ヘモグロビン            | g/dl                              |                | g/dl                              |                | g/dl                              |                | g/dl                              |                    |                    |      |  |
| 臨<br>床<br>病<br>理<br>学<br>的<br>検<br>査 | 臨<br>床<br>病<br>理<br>学<br>的<br>検<br>査 | ヘマトクリット           | %                                 |                | %                                 |                | %                                 |                | %                                 |                    |                    |      |  |
|                                      |                                      | ヘモグロビンA1c         | %                                 |                | %                                 |                | %                                 |                | %                                 |                    |                    |      |  |
|                                      |                                      | 肝臓機能検査            | AST                               | ALT            | AST                               | ALT            | AST                               | ALT            | AST                               | ALT                |                    |      |  |
|                                      |                                      | CRP               | mg/dl                             |                | mg/dl                             |                | mg/dl                             |                | mg/dl                             |                    |                    |      |  |
| 尿<br>糖<br>潜<br>血<br>血<br>圧<br>値      | 尿<br>糖<br>潜<br>血<br>血<br>圧<br>値      | 尿 糖               | 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                             |                    |                    |      |  |
|                                      |                                      | ウロビリノー<br>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                          |                    |                    |      |  |
|                                      |                                      | 潜 血               | 陽性・陰性                             |                | 陽性・陰性                             |                | 陽性・陰性                             |                | 陽性・陰性                             |                    |                    |      |  |
| 血 圧 値                                | 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 |  |
| 判 定                                  |                                      | 異常認めず<br>要精密検査    |                                   | 異常認めず<br>要精密検査 |                                   | 異常認めず<br>要精密検査 |                                   | 異常認めず<br>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 (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             |                       |          | 年 月 日    | 年 月 日    | 年 月 日    | 年 月 日    | 年 月 日    |
| 血液学的検査      | 白血球数                      | /mm <sup>3</sup>  | /mm <sup>3</sup>  | /mm <sup>3</sup>  | /mm <sup>3</sup>  | 血液学的検査<br>(白血球百分比(%)) | 好中球      |          |          |          |          |          |
|             | 赤血球数                      | 万/mm <sup>3</sup> | 万/mm <sup>3</sup> | 万/mm <sup>3</sup> | 万/mm <sup>3</sup> |                       | 好酸球      |          |          |          |          |          |
|             | ヘモグロビン                    | g/dl              | g/dl              | g/dl              | g/dl              |                       | 好塩基球     |          |          |          |          |          |
|             | ヘマトクリット                   | %                 | %                 | %                 | %                 |                       | 単球       |          |          |          |          |          |
|             | 網状赤血球数                    | %o                | %o                | %o                | %o                |                       | リンパ球     |          |          |          |          |          |
|             | 血小板数                      | 万/mm <sup>3</sup> | 万/mm <sup>3</sup> | 万/mm <sup>3</sup> | 万/mm <sup>3</sup> |                       | リンパ芽球    |          |          |          |          |          |
|             |                           |                   |                   |                   |                   |                       | 後骨髄球     |          |          |          |          |          |
|             | ヘモグロビンA1c                 | %                 | %                 | %                 | %                 |                       | 骨髄球      |          |          |          |          |          |
|             |                           |                   |                   |                   |                   |                       | 前骨髄球     |          |          |          |          |          |
|             | AST                       | IU/l              | IU/l              | IU/l              | IU/l              |                       | 骨髄芽球     |          |          |          |          |          |
|             | ALT                       | IU/l              | IU/l              | IU/l              | IU/l              |                       | 形質細胞     |          |          |          |          |          |
|             | γ-GTP                     | IU/l              | IU/l              | IU/l              | IU/l              |                       |          |          |          |          |          |          |
|             |                           |                   |                   |                   |                   |                       |          |          |          |          |          |          |
|             |                           |                   |                   |                   |                   |                       |          |          |          |          |          |          |
|             | 血液生化学的検査                  |                   |                   |                   |                   |                       |          |          | 混濁       |          |          |          |
|             |                           |                   |                   |                   |                   |                       | たん蛋      |          |          |          |          |          |
|             |                           |                   |                   |                   |                   |                       | 糖        |          |          |          |          |          |
| CRP         |                           | mg/dl             | mg/dl             | mg/dl             | mg/dl             |                       | クレアチニン   |          |          |          |          |          |
| 血圧値         | 最大 mmHg                   | 最大 mmHg           | 最大 mmHg           | 最大 mmHg           |                   | 潜血                    |          |          |          |          |          |          |
|             | 最小 mmHg                   | 最小 mmHg           | 最小 mmHg           | 最小 mmHg           |                   |                       |          |          |          |          |          |          |
| その他の検査      | 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    | 年 月 日    | 年 月 日    |
|             |                           |                   |                   |                   | (無・有)             | (無・有)                 | (無・有)    | (無・有)    | (無・有)    | (無・有)    | (無・有)    | (無・有)    |
| 治療の要否       |                           |                   |                   |                   | (入院) 要・否          | (入院) 要・否              | (入院) 要・否 | (入院) 要・否 | (入院) 要・否 | (入院) 要・否 | (入院) 要・否 | (入院) 要・否 |
|             |                           |                   |                   |                   | (入院外)             | (入院外)                 | (入院外)    | (入院外)    | (入院外)    | (入院外)    | (入院外)    | (入院外)    |
| 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       |                           | 印                 |                   |                   | 印                 |                       | 印        |          | 印        |          | 印        |          |

(日本工業規格A列4番)

様式第四号の二（附則第五条関係）

| 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<br>別女                          | 生年月日     | 明治<br>大正<br>昭和 | 年                                 | 月        | 日            | 第二種健康<br>診断受診者<br>証番号             |          |              |                                   |          |  |  |
| 氏 名                   |                  |                                   |          |                |                                   |          |              |                                   |          |              |                                   |          |  |  |
| 居 住 地                 | 都道府県 区市郡 町村 番地   |                                   |          |                |                                   |          |              |                                   |          |              |                                   |          |  |  |
| 原子爆弾投<br>下時に在っ<br>た場所 | 爆心地から約 キロメートル    |                                   |          |                |                                   |          |              |                                   |          |              |                                   |          |  |  |
| 既往症                   |                  |                                   |          |                |                                   |          |              |                                   |          |              |                                   |          |  |  |
|                       |                  |                                   |          |                |                                   |          |              |                                   |          |              |                                   |          |  |  |
| 理<br>学<br>的<br>検<br>査 | 平成 年 月 日         |                                   |          | 平成 年 月 日       |                                   |          | 平成 年 月 日     |                                   |          | 平成 年 月 日     |                                   |          |  |  |
|                       |                  |                                   |          |                |                                   |          |              |                                   |          |              |                                   |          |  |  |
|                       | 白 血 球 数          | /mm <sup>3</sup>                  |          |                | /mm <sup>3</sup>                  |          |              | /mm <sup>3</sup>                  |          |              | /mm <sup>3</sup>                  |          |  |  |
|                       | 赤 血 球 数          | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |          |                | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |          |              | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |          |              | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |          |  |  |
|                       | ヘモグロビン           | g/dl                              |          |                | g/dl                              |          |              | g/dl                              |          |              | g/dl                              |          |  |  |
|                       | ヘマトクリット          | %                                 |          |                | %                                 |          |              | %                                 |          |              | %                                 |          |  |  |
|                       | ヘモグロビンA1c        | %                                 |          |                | %                                 |          |              | %                                 |          |              | %                                 |          |  |  |
|                       | 肝臓機能検査           | AST                               |          | ALT            |                                   | AST      |              | ALT                               |          | AST          |                                   | ALT      |  |  |
|                       |                  | γ-GTP                             |          | IU/l           |                                   | γ-GTP    |              | IU/l                              |          | γ-GTP        |                                   | IU/l     |  |  |
|                       | CRP              | mg/dl                             |          |                | mg/dl                             |          |              | mg/dl                             |          |              | mg/dl                             |          |  |  |
|                       | 尿<br>の<br>検<br>査 | 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  |  |  |
|                       |                  | ウロビリノー<br>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 |  |  |
|                       |                  | 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         |                                   |          |  |  |
| 判 定                   | 異常の有無<br>有・無     |                                   |          | 異常の有無<br>有・無   |                                   |          | 異常の有無<br>有・無 |                                   |          | 異常の有無<br>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                | ⑩                |                                   |          |                |                                   |          |              |                                   |          |              |                                   |          |  |  |

（日本工業規格A列4番）

## 様式第十九号(一) (第五十二条関係)

(表面)  
診断書 (健康管理手当用)

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|
| 氏 名                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 明治<br>大正<br>昭和   | 年 月 日                     | 男・女                                                    |
| 居 住 地                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
| ※1 障害の種類                                                                                  | 1 造血機能障害      5 脳血管障害      9 呼吸器機能障害<br>2 肝臓機能障害      6 循環器機能障害      10 運動器機能障害<br>3 細胞増殖機能障害      じん      7 腎臓機能障害      かいよう<br>4 内分泌腺機能障害      8 水晶体混濁による視機能障害      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                                                                          |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
| 上記の疾病が、感染症、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<br>2 固定化していない (※2の欄の疾病により今後医療を必要とする期間は、 年 月間の見込み)                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
| 理学的検査                                                                                     | 心 音                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
|                                                                                           | 肺 野                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
| 臨床病理学的検査                                                                                  | 腹 部                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
|                                                                                           | 運 動 器                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | 血 液 検 査                                                                                                                                                                               | (末梢血液)<br>血色素量 g/dl      赤血球数 $\times 10^3/\text{mm}^3$ 網赤血球 %      白血球数 $/\text{mm}^3$<br>顆粒球数 $/\text{mm}^3$ 病的細胞 %      血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$<br>血 清 鉄 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 血清カルシウム $\text{mg}/\text{dl}$<br>(骨髓)<br>有核細胞数 $\times 10^3/\text{mm}^3$ 巨核球数 $/\text{mm}^3$ リンパ球 %      E/M |                  |                           |                                                        |
|                                                                                           | 肝機能検査                                                                                                                                                                                 | 血清総蛋白 g/dl      AST IU/l $\gamma$ -GTP IU/l<br>A/G比      ALT IU/l<br>ビリルビン $\text{mg}/\text{dl}$ LDH IU/l      ICG (15分値) %                                                                                                                                                                             |                  |                           |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | ヘモグロビンA1c                                                                                                                                                                             | %                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                           |                                                        |
|                                                                                           | 尿 検 査 (年月日)                                                                                                                                                                           | 混 濁      糖      1 陽性      2 陰性      蛋白      1 陽性      2 陰性      ウロビリノーゲン      1 増加      2 正常      3 減少                                                                                                                                                                                                  |                  |                           |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | 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)                                                                                                                                                                           | PSP (15分値) %      濃縮試験最高尿比重                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                           |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | 基礎代謝測定 (年月日)                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
|                                                                                           | 血 糖 測 定 (年月日)                                                                                                                                                                         | 空腹時 $\text{mg}/\text{dl}$                                                                                                                                                                                                                                                                               | 糖負荷試験 (g)        | 負荷前 $\text{mg}/\text{dl}$ | 後60分 $\text{mg}/\text{dl}$ 後120分 $\text{mg}/\text{dl}$ |
| ※3 現 症                                                                                    | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                           |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | 血 圧 測 定 (年月日)                                                                                                                                                                         | 最大 $\text{mmHg}$                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 最小 $\text{mmHg}$ |                           |                                                        |
|                                                                                           | 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)                 |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | 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)                                                                                                                                                                           | (組織名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                           |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | 眼科検査                                                                                                                                                                                  | 水晶体混濁の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1 有      2 無     | 視 力                       | 右 ( )      左 ( )                                       |
|                                                                                           | 科学的月                                                                                                                                                                                  | 水晶体混濁の発生に関し特記すべき事項                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                           |                                                        |
| ※3 現 症                                                                                    | 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。<br>平成 年 月 日                                                                 |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |
| 医療機関の名称<br>所在地<br>医師氏名                                                                    |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                           |                                                        |

様式第三十三号 (附則第二条関係)

(3ページ)

|        |                            |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|----------------------------|----------|-----------------------------------|------|------|------|-----------------------------------|------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 一般検査   | 検査年月日                      |          | 年 月 日                             |      |      |      | 年 月 日                             |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 項目                         |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 白血球数                       |          | /mm <sup>3</sup>                  |      |      |      | /mm <sup>3</sup>                  |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 赤血球数                       |          | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |      |      |      | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | ヘモグロビン                     |          | g/dl                              |      |      |      | g/dl                              |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | ヘマトクリット                    |          | %                                 |      |      |      | %                                 |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | ヘモグロビンA1c                  |          | %                                 |      |      |      | %                                 |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 肝臓機能検査                     |          | AST                               | IU/l | ALT  | IU/l | AST                               | IU/l | ALT  | IU/l |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                            |          | γ-GTP                             |      | IU/l |      | γ-GTP                             |      | IU/l |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | C R P                      |          | mg/dl                             |      |      |      | mg/dl                             |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 尿                          | 蛋白       | 陽性・陰性                             |      |      |      | 陽性・陰性                             |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                            | 糖        | 陽性・陰性                             |      |      |      | 陽性・陰性                             |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                            | ウロビリノーゲン | 増加・正常・減少                          |      |      |      | 増加・正常・減少                          |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                            | 潜血       | 陽性・陰性                             |      |      |      | 陽性・陰性                             |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血圧値    | 血 圧 値                      |          | 最大                                | mmHg |      |      | 最大                                | mmHg |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                            |          | 最小                                | mmHg |      |      | 最小                                | mmHg |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 判定                         |          | 異常認めず・要精密検査                       |      |      |      | 異常認めず・要精密検査                       |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 精密検査   | 検査年月日                      |          | 年 月 日                             |      |      |      | 年 月 日                             |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 項目                         |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 異常の有無                      |          | 有・無                               |      |      |      | 有・無                               |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 検査方法の名称<br>(異常を認めたもの)及び診断名 |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 治療の要否                      |          | 要〔入院〕・否<br>〔入院外〕                  |      |      |      | 要〔入院〕・否<br>〔入院外〕                  |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の称 | 医療機関の称                     |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                            |          |                                   |      |      |      |                                   |      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 様式第三十三号の二の二 (附則第二条関係)

(2ページ)

|                  |           |              |                                   |              |      |             |                                   |      |      |      |
|------------------|-----------|--------------|-----------------------------------|--------------|------|-------------|-----------------------------------|------|------|------|
| 一<br>般<br>検<br>査 | 検査年月日     |              | 年 月 日                             |              |      |             | 年 月 日                             |      |      |      |
|                  | 項目        |              |                                   |              |      |             |                                   |      |      |      |
|                  | 白血球数      |              | /mm <sup>3</sup>                  |              |      |             | /mm <sup>3</sup>                  |      |      |      |
|                  | 赤血球数      |              | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |              |      |             | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |      |      |      |
|                  | ヘモグロビン    |              | g/dl                              |              |      |             | g/dl                              |      |      |      |
|                  | ヘマトクリット   |              | %                                 |              |      |             | %                                 |      |      |      |
|                  | ヘモグロビンA1c |              | %                                 |              |      |             | %                                 |      |      |      |
|                  | 肝臓機能検査    |              | AST                               | IU/l         | ALT  | IU/l        | AST                               | IU/l | ALT  | IU/l |
|                  |           |              | γ-GTP                             |              | IU/l |             | γ-GTP                             |      | IU/l |      |
|                  | C R P     |              | mg/dl                             |              |      |             | mg/dl                             |      |      |      |
|                  | 尿         | 蛋白           | 陽性・陰性                             |              |      |             | 陽性・陰性                             |      |      |      |
|                  |           | 糖            | 陽性・陰性                             |              |      |             | 陽性・陰性                             |      |      |      |
|                  |           | ウロビリ<br>ノーゲン | 増加・正常・減少                          |              |      |             | 増加・正常・減少                          |      |      |      |
|                  |           | 潜血           | 陽性・陰性                             |              |      |             | 陽性・陰性                             |      |      |      |
|                  | 血圧値       |              | 最大<br>最小                          | mmHg<br>mmHg |      | 最大<br>最小    | mmHg<br>mmHg                      |      |      |      |
| 判定               |           | 異常認めず・要精密検査  |                                   |              |      | 異常認めず・要精密検査 |                                   |      |      |      |
| 医療機関の<br>名 称     |           |              |                                   |              |      |             |                                   |      |      |      |

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<br>番号                                                                                                                               |                     |          |      |
| 負傷又は疾病の名称                                                                                                                                    |                     |          |      |
| 被爆時の状況<br>(入市の状況を含む。)<br>(※1)                                                                                                                |                     |          |      |
| 被爆直後の症状及び<br>その後の健康状態の概要<br>(※2)                                                                                                             |                     |          |      |
| 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 |          |      |
| <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 (印)</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> |                     |          |      |

(※1) 被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。

被爆後の入市がある場合には、入市日、入市の時刻、入市経路及びその後の行動、滞在時間等を記載してください。

なお、被爆者健康手帳の記載を参考に記載し、その写しを添付してください。

(※2) 被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記載してください。

医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付してください。

備考 分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えないこと。

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。

## 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<br>疾 病 の 名 称                                                 |    | 被 爆 者<br>健康手帳<br>の 番 号 |  | 被爆者の<br>氏名及び<br>生年月日 |  |
| 既 往 症<br>(※1)                                                        |    |                        |  |                      |  |
| 現 症 所 見<br>(※2)                                                      |    |                        |  |                      |  |
| 当該負傷又は疾<br>病に関する原子<br>爆弾の放射線起<br>因性等について<br>の医師の意見及<br>びその理由<br>(※3) |    |                        |  |                      |  |
| 必要な医療の内<br>容 及 び 期 間<br>(※4)                                         | 内容 | 期間（入院）<br>（通院）         |  |                      |  |

医療機関の名称及び所在地

医 師 氏 名



(※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。

(※2) 現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。

(※3) 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。

(※4) 可能な限り詳細に記入してください。

## <参考 検査項目の概要>

### ①CRP検査

CRP検査は、血液中のCRP（C-リアクティブ・プロテイン）の量を調べる検査である。体内に炎症が起きたり、組織の一部が壊れたりした場合、血液中に蛋白質の一種であるCRPが現われる。CRPは、正常な血液のなかにはごく微量にしか見られないため、炎症の程度を診断するためにCRP検査が行われる。

### ②AST検査法、ALT検査法、 $\gamma$ -GTP検査法（肝機能検査）

AST（GOT）・ALT（GPT）は、体の蛋白質を構成するアミノ酸の合成や分解に必要な酵素で、特に肝細胞に多く含まれるが、血液中の数値を測定することで、肝障害の程度や状態等が推定できる。

$\gamma$ -GTPは、アミノ酸代謝酵素の一つで、肝臓や胆管などに含まれており、肝臓や胆道に障害があると血液中の数値が上昇する。

### ③ヘモグロビンA1c検査

ヘモグロビンA1c検査とは、検査時点から過去1～2ヶ月間の平均的な血糖の状態を知るための検査であり、糖尿病の診断や血糖コントロールの際に必要な検査である。

# 新しい審査の方針

平成20年3月17日

疾病・障害認定審査会

原子爆弾被爆者医療分科会

疾病・障害認定審査会運営規程（平成13年2月2日疾病・障害認定審査会決定）第9条の規定に基づき、原爆症認定に関する審査の方針を次のように定める。

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）第11条第1項の認定に係る審査に当たっては、被爆者援護法の精神に則り、より被爆者救済の立場に立ち、原因確率を改め、被爆の実態に一層即したものとするため、以下に定める方針を目安として、これを行うものとする。

## 第1 放射線起因性の判断

### 1 積極的に認定する範囲

- ① 被爆地点が爆心地より約3.5 km以内である者
- ② 原爆投下より約100時間以内に爆心地から約2 km以内に入市した者
- ③ 原爆投下より約100時間経過後から、原爆投下より約2週間以内の期間に、爆心地から約2 km以内の地点に1週間程度以上滞在した者から、放射線起因性が推認される以下の疾病についての申請がある場合については、格段に反対すべき事由がない限り、当該申請疾病と被曝した放射線との関係を積極的に認定するものとする。
  - ① 悪性腫瘍（固形がんなど）
  - ② 白血病
  - ③ 副甲状腺機能亢進症
  - ④ 放射線白内障（加齢性白内障を除く）
  - ⑤ 放射線起因性が認められる心筋梗塞

この場合、認定の判断に当たっては、積極的に認定を行うため、申請者から可能な限り客観的な資料を求めることとするが、客観的な資料が無い場合にも、申請書の記載内容の整合性やこれまでの認定例を参考にしつつ判断する。

### 2 1に該当する場合以外の申請について

1に該当する場合以外の申請についても、申請者に係る被曝線量、既往歴、環境因子、生活歴等を総合的に勘案して、個別にその起因性を総合的に判断するものとする。