

# 固形がん等の悪性新生物を申請疾病とする場合

## 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名

申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無等を以下の通り確認しました。

|         |   |   |   |
|---------|---|---|---|
| 令和      | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関名   |   |   |   |
| 医療機関所在地 |   |   |   |
| 医師氏名    |   |   |   |

| 必要書類                                                                                                                | 添付書類の有無等<br>(必ずどちらかに○) | 「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）                                                                                              |                        |                                                              |
|                                                                                                                     | あり・なし                  |                                                              |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書）                                                                                                 |                        |                                                              |
| (ア) 病理組織検査                                                                                                          |                        |                                                              |
|                                                                                                                     | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)  |                                                              |
| (イ) 画像診断等の読影報告書                                                                                                     |                        |                                                              |
| ※内視鏡検査、CT、PET、MRI、骨シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む（内視鏡はカラーで提出）<br>※病理診断がない場合は、CT や MRI の画像データも CD 等で提出（肝細胞癌で TACE 実施症例は除く）   |                        |                                                              |
|                                                                                                                     | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)  |                                                              |
| (ウ) 血液検査（腫瘍マーカー※等） ※前立腺がんの場合は、治療前と後の両方の PSA 値                                                                       |                        |                                                              |
|                                                                                                                     | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)  |                                                              |
| ③ 治療内容が分かる書類（手術、内視鏡治療、放射線治療、化学療法、ホルモン療法等）                                                                           |                        |                                                              |
| <u>カルテやサマリーの記載ではなく、以下の書類をご提出ください。</u>                                                                               |                        |                                                              |
| ※手術：手術日や術式等が記載された手術記録（いわゆる Operation Record）。ない場合は手術当日のカルテ。                                                         |                        |                                                              |
| ※内視鏡治療：内視鏡検査報告書（カラー）                                                                                                |                        |                                                              |
| ※放射線治療：照射日・照射範囲・線量・実施されたことが確認できる照射記録                                                                                |                        |                                                              |
| ※化学療法・ホルモン療法：薬剤名・処方日・用法用量が確認できる資料（処方箋の写しや処方実施記録等）                                                                   |                        |                                                              |
| (ア) 診断確定後および現在の治療                                                                                                   |                        |                                                              |
|                                                                                                                     | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)  |                                                              |
| (イ) (積極的治療を行わない方針（BSC）の場合のみ回答・提出）                                                                                   |                        |                                                              |
| 緩和医療として実施する内容等                                                                                                      |                        |                                                              |
| (i) 申請疾病に起因し、何らかの治療を要する症状：あり・なし※ ※経過観察のみの場合は「なし」<br>⇒（ありの場合） 症状：（ ）<br>治療の内容：（ ）<br>治療の内容が確認できる資料(処方箋や処置の記録等)：あり・なし |                        |                                                              |
| (ii) 直近の血液検査の結果：あり・なし                                                                                               |                        |                                                              |
| (iii) 現在の処方内容全てがわかる資料(申請疾病に起因する症状以外に対する治療も含む)：あり・なし                                                                 |                        |                                                              |

白血病等(リンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物)

を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名

申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無等を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

| 必要書類                                                                                                                               | 添付書類の有無等<br>(必ずどちらかに○)                                                                                                                           | 「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）                                                                                                             |                                                                                                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                    | あり・なし                                                                                                                                            |                                                              |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書）                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                                                              |
| (ア) 骨髄穿刺・骨髄生検・リンパ節生検                                                                                                               |                                                                                                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                    | (i) 骨髄穿刺：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）<br>⇒（ありの場合）塗抹像：あり・なし<br>病理（クロット標本）：あり・なし<br>(ii) 骨髄生検：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）<br>(iii) リンパ節生検：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） |                                                              |
| (イ) フロサイトメトリー（F CM）・染色体検査・遺伝子検査                                                                                                    |                                                                                                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                    | (i) F CM：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）<br>(ii) 染色体検査：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）<br>(iii) 遺伝子検査：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）                                          |                                                              |
| (ウ) その他診断に結びつく検査（複数回の末梢血血算値、M蛋白、免疫グロブリン、可溶性 I L－2 レセプター、H T L V－1 抗体、画像診断（悪性リンパ腫）等）※多発性骨髄腫の場合、M蛋白は必ず提出                             |                                                                                                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                    | あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）                                                                                                                            |                                                              |
| ③ 治療内容が分かる書類（化学療法、放射線治療、輸血等）                                                                                                       |                                                                                                                                                  |                                                              |
| <u>カルテやサマリーの記載ではなく、以下の書類をご提出ください。</u><br>※化学療法・輸血・造血剤：薬剤名・処方日・用法用量が確認できる資料（処方箋の写しや処方実施記録等）<br>※放射線治療：照射日・照射範囲・線量・実施されたことが確認できる照射記録 |                                                                                                                                                  |                                                              |
| (ア) 診断確定後および現在の治療                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                    | あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）                                                                                                                            |                                                              |
| (イ) ((ア) が「なし」の場合のみ) その他の緩和医療の内容等                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                    | 申請疾病に起因し、何らかの治療を要する症状：あり・なし<br>⇒（ありの場合）症状：( )<br>治療の内容：( )<br>治療の内容が確認できる資料(処方箋や処置の記録等)：あり・なし                                                    |                                                              |

副甲状腺機能亢進症を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

| 必要書類                                                                          | 添付書類の有無<br>(必ずどちらかに○)                                | 書類が添付されていない場合の理由等<br>「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）                                                        |                                                      |                                                                                   |
|                                                                               | あり・なし                                                |                                                                                   |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）                                                          |                                                      |                                                                                   |
| (ア) 治療前・後の自覚症状の有無（カルテ等）                                                       |                                                      |                                                                                   |
|                                                                               | あり・なし                                                |                                                                                   |
| (イ) 骨粗しょう症、結石等の他覚症状の有無（検査報告等）                                                 |                                                      |                                                                                   |
|                                                                               | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                |                                                                                   |
| (ウ) インタクトPTH、血清Ca、P、BUN、Cr、eGFR値の経時的推移<br>※手術を行った場合は、術前および術後                  |                                                      |                                                                                   |
|                                                                               | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                |                                                                                   |
| (エ) 画像診断※ ※超音波、CT、シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む                                      |                                                      |                                                                                   |
|                                                                               | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                |                                                                                   |
| (オ) 手術※、病理組織検査<br>※手術日や術式等が記載された手術記録（いわゆる Operation Record）を提出。ない場合は手術当日のカルテ。 |                                                      |                                                                                   |
|                                                                               | 手術：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)<br>病理：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |
| ③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類                                                           |                                                      |                                                                                   |
|                                                                               | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                |                                                                                   |

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

| 必要書類                                                                                                                                                                      | 添付書類の有無<br>(必ずどちらかに○) | 書類が添付されていない場合の理由等<br>「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）                                                                                                                                                    |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし                 |                                                                                   |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）                                                                                                                                                      |                       |                                                                                   |
| (ア) 心電図（急性期のものが望ましい）                                                                                                                                                      |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |
| (イ) トロポニン、CK-MB等の血液検査（急性期のものが望ましい）                                                                                                                                        |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |
| (ウ) 冠動脈造影、左室造影（報告書の画像の頁を含む）                                                                                                                                               |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |
| (エ) 画像診断等※ ※心臓超音波、心筋シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む                                                                                                                                |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |
| (オ) 冠動脈バイパス手術、経皮的冠動脈形成術等の実施記録<br>カルテやサマリーの記載ではなく、以下の書類をご提出ください。<br>※手術：手術日や術式等が記載された手術記録（いわゆる Operation Record）。ない場合は手術当日のカルテ。<br>※経皮的冠動脈形成術：実施日や処置の内容が記載された実施記録（画像の頁を含む） |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |
| ③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類（カルテやサマリーの記載ではなく、抗血小板薬の処方箋の写し等）                                                                                                                        |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |
| ④ 既往歴、生活歴、喫煙歴等心筋梗塞の発症に影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類<br>(危険因子が有る場合は、内容、状況等が分かる書類（サマリー等）)                                                                                       |                       |                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                                                   |

甲状腺機能低下症を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

| 必要書類                                                                                                                            | 添付書類の有無<br>(必ずどちらかに○)                                                          | 「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）                                                                                                          |                                                                                |                                                              |
|                                                                                                                                 | あり・なし                                                                          |                                                              |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）                                                                                                            |                                                                                |                                                              |
| (ア) 治療前・後の臨床症状の推移及び診断治療に至った医師の意見                                                                                                |                                                                                |                                                              |
|                                                                                                                                 | 治療前の臨床症状が分かる記録：あり・なし<br>治療後の臨床症状が分かる記録：あり・なし<br>診断・治療に至った医師の意見：あり・なし           |                                                              |
| (イ) 治療前・後の甲状腺関連ホルモン値（TSH、FT4）の推移<br>※カルテ・サマリーの記載や意見書への記入のみではなく、血液検査報告書を提出してください。<br>※必ず基準値を明記すること、複数回測定している治療前のTSH値は全て提出してください。 |                                                                                |                                                              |
|                                                                                                                                 | 治療前：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)<br>⇒(ありの場合)複数回の測定：あり・なし<br>治療後：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (ウ) 抗TPO抗体及び抗サイログロブリン抗体                                                                                                         |                                                                                |                                                              |
|                                                                                                                                 | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                          |                                                              |
| (エ) 甲状腺超音波検査（所見に関する画像の頁を含む）                                                                                                     |                                                                                |                                                              |
|                                                                                                                                 | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                          |                                                              |
| ③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類<br>※カルテやサマリーの記載ではなく、薬剤名および投薬量が分かる処方箋の写し等を提出してください。                                                          |                                                                                |                                                              |
|                                                                                                                                 | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                          |                                                              |
| ④ 甲状腺を含む手術歴や放射線治療等の既往歴があれば、それについての記載・書類                                                                                         |                                                                                |                                                              |
|                                                                                                                                 | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                          |                                                              |

慢性肝炎・肝硬変を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

| 必要書類                                                                                  | 添付書類の有無<br>(必ずどちらかに○)                                                                 | 「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）                                                                |                                                                                       |                                                              |
|                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                                 |                                                              |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）                                                                  |                                                                                       |                                                              |
| (ア) ウイルスマーカー、自己抗体、その他原因検索として行った検査（γグロブリン等）                                            |                                                                                       |                                                              |
|                                                                                       | ウイルス：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)<br>自己抗体：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)<br>その他：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (イ) 肝機能検査（AST(GOT)/ALT(GPT)/Alb/γ-GTP等、直近1年以上の推移を含む）                                  |                                                                                       |                                                              |
|                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                                 |                                                              |
| (ウ) 画像診断（超音波、CT等）（所見に関する画像の頁を含む）                                                      |                                                                                       |                                                              |
|                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                                 |                                                              |
| (エ) 肝生検を行った場合は、病理組織検査                                                                 |                                                                                       |                                                              |
|                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                                 |                                                              |
| ③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類（抗ウイルス薬等の薬剤名、投与状況等）<br>※カルテやサマリーの記載ではなく、処方箋の写し等をご提出ください。           |                                                                                       |                                                              |
|                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)                                                                 |                                                              |
| ④ 輸血歴、手術歴等の治療歴、肥満（BMI）、飲酒歴（飲酒量及び年数）、糖尿病等の生活歴、薬剤性その他慢性肝炎・肝硬変の発生に影響を及ぼす可能性のある危険因子の分かる書類 |                                                                                       |                                                              |
|                                                                                       | あり・なし                                                                                 |                                                              |

放射線白内障（加齢性白内障を除く）を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

| 必要書類                                                                                                                                                                  | 添付書類の有無<br>(必ずどちらかに○) | 「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① 病歴が分かる書類（初診時カルテ及び申請時カルテ） ※視力の推移を確認できること                                                                                                                             |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし                 |                                                              |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）                                                                                                                                                  |                       |                                                              |
| (ア) 視力（現在の裸眼視力、矯正視力及び屈折等）<br>※眼内レンズ挿入術後は、術前と術後の両方の検査結果                                                                                                                |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (イ) 水晶体の混濁位置（細隙灯顕微鏡検査の写真又はスケッチ等）<br>(後囊下混濁を認める場合は、当該箇所 に焦点を当てること) ※眼内レンズ挿入術後は、術前の検査結果                                                                                 |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (ウ) 眼底所見（写真又はスケッチ等） ※眼内レンズ挿入術後は、術後の検査結果                                                                                                                               |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (エ) 光干渉断層計（OCT）所見 ※眼内レンズ挿入術後は、術後の検査結果                                                                                                                                 |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (オ) 生活機能障害の程度に関する医師の意見（例：買い物ができない等）                                                                                                                                   |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし                 |                                                              |
| ③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類、具体的な手術予定日が分かる書類<br>※手術：手術日や術式等が記載された手術記録（いわゆる Operation Record）。ない場合は手術当日のカルテ。<br>※投薬：カルテやサマリー記載ではなく、処方箋の写し等。<br>※手術予定がない場合は、その理由が分かる書類（カルテ等）を添付。 |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし                 |                                                              |
| ④ 白内障の危険因子*の内容、状況が分かる書類 ※糖尿病、副甲状腺機能亢進症等の罹患歴、ステロイド治療歴等                                                                                                                 |                       |                                                              |
|                                                                                                                                                                       | あり・なし                 |                                                              |

その他の疾患

を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名申請疾病名

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

| 必要書類                                           | 添付書類の有無<br>(必ずどちらかに○) | 「実施したが報告書なし」の場合は理由をお書きください。<br>(他医療機関で実施・保管している場合は、その医療機関名等) |
|------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）<br>※現在の臨床症状（現症）が確認できること |                       |                                                              |
|                                                | あり・なし                 |                                                              |
| ② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）                           |                       |                                                              |
| (ア) 血液検査                                       |                       |                                                              |
|                                                | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (イ) 画像診断（超音波、C T、MR I 等で所見に関する画像の頁を含む）         |                       |                                                              |
|                                                | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (ウ) 病理診断                                       |                       |                                                              |
|                                                | あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) |                                                              |
| (エ) その他検査結果等書（例：ケロイド・瘢痕の臨床写真等）                 |                       |                                                              |
|                                                | あり・なし                 |                                                              |
| ③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類                            |                       |                                                              |
|                                                | あり・なし                 |                                                              |

◎「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入くださいますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

各疾病別一覧表の裏面として、  
両面印刷にてご使用ください