

第 1 章 認定更新・定期診査・補償給付

1. 認定の更新

本制度では、認定疾病ごとに下記のとおり認定の有効期間を定めています。

- ア 慢性気管支炎・気管支喘息・肺気腫及びその続発症 3 年
- イ ぜん息性気管支炎及びその続発症 2 年

なお、病像の変化により、ぜん息性気管支炎が他の旧指定疾病に変わった場合は有効期間は 3 年になります。

有効期間内に認定疾病が治る見込みのないときは、期間満了日の属する月の 3 月前から被認定者は認定の更新を申請することができます。その際には医師の診断と必要な検査を受けることとなりますのでご協力ください。

貴院で実施できない医学的検査は、他の検査機関で検査を受けるようにご指導願います。

なお、診断書および医学的検査結果報告書は必ず厳封して患者に携行させてください。

◎ 認定更新の可否は大阪市公害健康被害認定審査会に諮って決定しますが、審査の過程で病状、検査所見などの詳細について、おたずねすることがありますので、その節はよろしくご協力くださいますようお願いいたします。

◎ 認定更新を受けた者（被認定者）に対しては、認定疾病及び病像の変化によって起こった旧指定疾病名を記載した公害医療手帳（別掲様式 66 頁）を交付します。

なお、公害医療手帳の有効期限が切れている場合には本制度による医療の取扱いが出来ませんのでご注意ください。

〈被認定者が認定更新を申請するために必要な書類〉

ア 認定更新申請書

イ 診断書（様式 1：大気系公害健康被害認定更新申請用・・・19 頁）

ウ 医学的検査結果報告書（様式 3：認定更新申請（同時障害補償費用^{請求}見直し）用・・・21 頁）

※ なお、上記診断書等については 3 枚複写となっておりますが、文書料及び検査料請求書の控えともなっておりますので、3 枚目の〈医療機関控〉については、貴院にて保管してください。

〈添付資料〉

呼吸機能検査、心電図検査を実施した場合は検査ペーパーを、胸部 X 線検査を実施した場合はフィルム又は、画像情報を記録した媒体（CD・DVD）を添付してください。添付資料は審査が終わり次第お返しします。

参 考

- ◎ 「公害の影響による疾病の指定に関する検討委員会」では、慢性気管支炎は **Fletcher** の定義、気管支ぜん息は **American Thoracic Society** の定義、肺気しゅは肺気腫研究会の診断基準を用いるのが適切であると報告しています。（公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法〈旧法〉の制定に際し、厚生省(旧)の委託により研究検討の結果を昭和 45 年 3 月に報告）

◆ 慢性気管支炎

Chiba Guest Symposium（1959）において、フレッチャーらは、慢性気管支炎を「肺、気管支、上気道の局限性病巣によらないでおこるたんを伴った慢性、持続性のせきをもつもの。慢性とは、2 冬連続して 3 ヶ月以上ほとんど毎日症状があること」と定義しており、その診断においては、十分な症状等の経過観察並びに他の疾患による症状との鑑別が特に重要とされている。

◆ 気管支ぜん息

American Thoracic Society（1962）では、「各種の刺激に対する気管及び気管支の反応性増加があり、これが広範な気道狭窄を招来し、臨床的にはぜん鳴、咳嗽、発作性呼吸困難となって現れ、さらに、その重症度が自然に、あるいは治療によって変わることが重要である。しかし、肺、心、血管系の病変に由来する気管狭窄のある場合は除く」と定義している。したがって、気管支ぜん息の診断においては、気道の過敏性の証明および気道狭窄の可逆性の証明並びに他の疾患による症状との鑑別が特に重要とされている。

◆ 肺気しゅ

肺気腫研究会の分類と診断基準（昭和 38 年）

肺気腫

A び慢性肺気腫

I 慢性肺気腫

病歴、自他覚症状、理学的検査、胸部 X 線写真上肺気腫に特徴ある異常を示すことを前提として、次のごとく区分する。

a . Highly suspected

(1) 基準 I

スパイログラムのみならず、望ましい検査として肺気腫、肺内ガスの分布その他できるだけ詳細な肺機能検査を行い、診断されたもの

(2) 基準 II

スパイログラムのみによる基準（1 秒率 55%以下）を満足するもの。MVV、MMP、気管支拡張剤による効果判定を参考にする。

b . Suspected

上記診断基準にはずれるもの（例えば 1 秒 56%～70%）

c . Unclassified

上記検査を施行しないか、あるいはできなかったもので、肺気腫が臨床的にうたがえるもの

II 慢性肺気腫＋肺線維症

別項の肺線維症の定義に該当し、かつ上記の肺気腫所見のあるもの

III 合併症としての肺気腫（合併肺気腫）

結核、じん肺、その他に合併せるもの

B 局所性肺気腫

肺嚢胞、嚢胞性肺気腫

（注）臨床家のみている慢性肺気腫は一つの症候群であり、これと形態学的肺気腫との関連については将来の問題となる（昭和 38 年 1 月）

〔環境省の見解〕

本制度でいう「肺気しゅ」とは、小葉型の「びまん性の慢性肺気腫」をさし、結核病変等の周囲にみられるような二次性の瘢痕周囲型の局所的肺気腫は含まないものである。

- ◎ ぜん息性気管支炎の認定に関して、昭和 55 年 5 月 20 日付で、関係都道府県・市主管局長あて環境庁企画調整局保健業務課長通知「公害健康被害補償法に基づくぜん息性気管支炎の認定について（環保業第 331 号）が出ています。

〔通知の内容〕

ぜん息性気管支炎という名称は学術的にも問題があり、その定義、診断基準も確立していないが、現在諸家に共通したぜん息性気管支炎の臨床像はほぼ次のようなものである。

「主として 2 歳以下の小児にみられる低音性のぜん鳴と感染徴候を伴う反復する気管支炎で、呼吸困難はないか、あっても軽く、予後は大変良好である。」

ぜん息性気管支炎の認定に当たっては、具体的には次の事項に留意すること。

- (1) 医師の治療を要する気管支炎を一年以内に 4 回以上繰り返すこと。
- (2) 低音性のぜん鳴を伴い、呼吸困難（努力性呼吸）がないか、あっても軽いこと。
- (3) 本疾病は 2 才以下の者に多くみられるものであること。

なお、疾病の本質に合った適切な治療が行われるためには、正しい診断が前提となることは当然である。

ぜん息性気管支炎の認定に当たっては、乳幼児期には鑑別診断が困難なので、多様な病因による疾患が含まれてくる可能性があることを勘案し、鑑別診断が可能な限り行われているかどうか確認されたいこと。また、学童期に達すればぜん息性気管支炎様の症状を呈する症例はまれとなり、鑑別のための諸検査も容易となるので、充分鑑別診断が行われているかどうか確認されたいこと。

- ◎ 「公害の影響による疾病の指定に関する委員会」報告（昭和 45 年 3 月）の中で示されている大気汚染に係る 4 指定疾病の特徴は次のとおりです。

大気汚染に係る 4 指定疾病の鑑別診断

項目 \ 病名	気管支ぜん息	慢性気管支炎	ぜん息性気管支炎	肺気腫
病状	発作性呼吸困難	くりかえすせき・たん	せき・たん鳴ぜん	息ぎれ
肺機能	不定 気管支拡張剤の 効果大	不定 気管支拡張剤の 効果小	不定 気管支拡張剤の 効果不定	1 秒率 55% 以下 気管支拡張剤の 効果なし
X 線所見	著変なし	不定	不定	黒化度の増大 その他
その他	好酸球増多 アレルギー皮内 反応	喀痰量増大 白血球数増多 赤沈促進多し	白血球数増多 赤沈促進多し	肺性 P 残気率上昇

（注）2 病以上にわたる場合は兼症として処理する。

2. 病像の変化により認定疾病が他の旧指定疾病に変更又は併発した場合の取扱い

病像の変化により、認定疾病が他の旧指定疾病に変わった場合又は他の旧指定疾病を併発した場合の取扱いについては平成 13 年 5 月 24 日付環保企第 587 号により環境省総合環境政策局環境保健部長通知「公害健康被害の補償等に関する法律に係る処理基準」（別掲資料 67 頁）が出ておりますので、ご一読のほどよろしくお願いいたします。

認定の更新時に限り、病名変更、追加ができますので、診断書（様式 1：19 頁）に病像の変化によって起こった旧指定疾病についての医師の診断及び認定疾病との医学的関連性について記入してください。

3. 障害の程度の見直し（定期診査）

障害補償費の支給に係る被認定者の障害の程度は、1 年ごとに見直しをします。その際には障害の状態に関する医師の診断と必要な検査を受けることとなりますのでご協力ください。

貴院で実施できない医学的検査は、他の医療機関で検査を受けるよう指導願います。

なお、主治医診断報告書および医学的検査結果報告書は必ず厳封して患者に携行させてください。

◎ 見直しに係る障害の程度は、大阪市公害健康被害認定審査会に諮って決定しますが、審査の過程で病状、検査所見など詳細についておたずねすることがありますので、その節はよろしくご協力くださいますようお願いいたします。

〈障害の程度の見直しのために必要な書類〉

ア 主治医診断報告書

（様式 2：障害補償費 請求 見直し 用…20 頁）

イ 医学的検査結果報告書

様式 4：障害補償費 請求 見直し 用…22 頁

ただし、認定更新申請と同時に見直しする場合は

様式 3：認定更新申請（同時障害補償費 請求 見直し ）用…21 頁

※なお、上記報告書等については、3 枚複写となっておりますが、文書料及び検査料請求書の控えともなっておりますので、3 枚目の〈医療機関控〉については、貴院にて保管してください

〈添付資料〉

呼吸機能検査、心電図検査を実施した場合は検査ペーパーを、胸部 X 線検査を実施した場合はフィルム又は、画像情報を記録した媒体（CD・DVD）を添付してください。

添付資料は、審査が終わり次第お返しします。

4. 障害補償費等補償給付の支給

(1) 補償給付の種類

本制度では被認定者又は、その遺族に対して療養の給付等次のような補償給付を行います。

補 償 給 付 の 種 類	内 容
療 養 の 給 付 及 び 療 養 費	○療養の給付 ア. 診察 イ. 薬剤又は治療材料の支給 ウ. 医学的処置、手術及びその他の治療 エ. 病院又は診療所への収容 オ. 看護力. 移送 ○療 養 費 やむを得ない理由のため認定疾病に係る療養の給付を受けられなかったとき被認定者に対し支給
障 害 補 償 費	被認定者に対し、障害の程度に応じ、性、年齢区分によって支給。
療 養 手 当	被認定者に対し、入院、通院日数の区分に応じて支給
遺族補償費、遺族補償一時金、葬祭料	認定疾病に起因して死亡した被認定者の遺族等で一定の要件を備えている者に支給。

◎ 障害補償費に係る認定疾病による障害の程度並びに遺族補償費、遺族補償一時金及び葬祭料に係る認定疾病と死亡原因の関連（認定疾病に起因して死亡したかどうか）については、大阪市公害健康被害認定審査会に諮って決定します。

◎ 療養の給付及び療養費の支給の可否については、大阪市公害診療報酬審査委員会に諮って決定します。

(2) 補償給付請求に係る必要書類

被認定者又はその遺族等が補償給付を請求するためには、次のような診断報告書や医学的検査結果報告書等を必要とします。

補償給付の種類	必 要 事 項	作成要領	様式
障 害 補 償 費	主治医診断報告書—障害補償費 請 求 用— 見直し	11 頁	様式 2 : 20 頁
	医学的検査結果報告書—障害補償費 請 求 用— 見直し	15 頁	様式 4 : 22 頁
	ただし、認定更新と同時に請求する場合は 認定更新申請（同時障害補償費 請 求 用— 見直し）	(14 頁)	(様式 3 : 21 頁)
療 養 手 当	入院又は通院日数についての証明書 (特に必要な場合のみ)		
遺 族 補 償 費 遺 族 補 償 一 時 金 葬 祭 料	死亡診断書（死体検案書） 認定死亡患者主治医診断報告書		様式 5 : 23 頁 様式 6 : 24 頁
療 養 費	医療の内容に関する証明書、領収書など		

被認定者が補償給付の請求に関し、障害の状態に関する診断や医学的検査の実施並びに必要書類の発行等をお願いしたときは、よろしくご協力ください。

なお、障害補償費の請求に関し、貴院で検査を実施できないときは、他の医療機関で検査を受けるようご指導ください。

(3) 補償給付請求書類の作成要領

主治医診断報告書—障害補償費 請 求 用—
見直し

◎ 主治医診断報告書—障害補償費 請 求 用—は、医学的検査結果報告書とともに公害健康

被害認定審査会が障害の程度を審査するための重要な資料となるものです。

診断報告書作成にあたっては報告書及び次の注意事項に留意していただくようお願いします。

ア 症状について

(ア) 息切れの症状

労作に伴う呼吸困難と同義に解釈してください。この場合、老人や寝たきりの患者では運動をしないか又はできないので、よく注意して問診していただく必要があります。

(イ) ぜん息（ぜん息様）発作の症状

「重症発作」とは、著明な呼吸困難を伴い、起坐呼吸となり、チアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治療に反応しがたく発作累積状態となるものをいい、「軽症の発作」とは重症発作に至らない程度の軽い発作をいいます。

なお、発作の頻度についての記載は、できるだけ長い経過の中から既往の発作の推移を記載していただくようお願いします。

(ウ) 「常に咳及び痰がでる」とは毎日相当回数の痰の喀出を伴うか又は痰の喀出が困難な咳があるものを指し、起床時のみに1～2回の咳と痰がでる程度のものは含みません。

また、「痰の量が非常に多い」とは殆ど毎日起床後1時間の痰量が10ml以上程度のことを、「痰の量が多い」とは殆ど毎日起床後1時間の痰量が3～10ml程度のことをいいます。

イ 管理区分について

管理区分は、補償等に関する法律施行令で定められた“障害補償費が支給される障害の程度”及び環境庁長官が定めた“障害の程度の基準”（13頁に記載）参照のうえ、医学的検査の成績も参考にしつつ総合的に判断してください。

(ア) 認定疾病に関係のない疾患を随伴している患者については、それらの疾患の要素を除外し、認定疾病（認定疾病に関係ある疾病を含む。）のみについての管理区分を定めてください。

(イ) A欄の「常時介護を必要とする」とは、認定疾病の病状から判断し、病状が重篤であって、ひとりで歩行、体位変換、床上起坐等を行うことが不可又は不能であるか、食事や用便をするにも介助を必要とする程度の障害が認められ、常時介護人をつけておくことが必要な状態をいいます。

(ウ) D欄の「医師の管理を必要とする」とは、対症療養は要しなくても経過観察、家庭療法の指示、検査、減感作療法等で定期的な受診を要することを指します。

◎ 障害の程度の審査にあたって主治医の管理区分はとくに重要な指標となりますので、症状及び検査所見からみた等級と管理区分の等級に差があれば、審査の過程で一度症状などについて詳細におたずねすることがあります。その節はよろしくご協力くださるようお願いいたします。

★ 障害補償費が支給される障害の程度（15 歳以上）

—公害健康被害の補償等に関する法律施行令第 9、10 条による—

特級	労働することができず、日常生活に著しい制限を受ける程度の心身の状態、指定疾病の種類に応じて環境大臣が定める基準に該当し、かつ、該当指定疾病につき常時介護を必要とするもの
1 級	労働することができず、日常生活に著しい制限を受けるか、又は労働してはならず、日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度の心身の状態、指定疾病の種類に応じて環境大臣が定める基準に該当するもの
2 級	労働に著しい制限を受け、日常生活に制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加え日常生活に制限を加えることを必要とする程度の心身の状態、指定疾病の種類に応じて環境大臣が定める基準に該当するもの
3 級	労働に制限を受け、日常生活にやや制限を受けるか、又は労働に制限を加え、日常生活にやや制限を加えることを必要とする程度の心身の状態、指定疾病の種類に応じて環境大臣が定める基準に該当するもの

★環境庁長官が定めた“障害補償費に係る障害の程度の基準”（15 歳以上）

—昭和 49 年 8 月 31 日環境庁告示第 47 号による—

	症 状 及 び 検 査 所 見				管 理 区 分
	息切れ（呼吸困難）	ぜん息（ぜん息様）発作	咳 及 び 痰	心 肺 機 能	
特級	会話又は着物の着脱その他身の回りのことをするにも息切れがすること。 ①	重症の発作が年間を通じて月平均 10 日以上であること。 ①	常に咳及び痰がで、かつ、痰の量が非常に多いか、又は痰の咯出が非常に困難であること。 ①	指数(1 秒量／予測肺活量×100 をいう。以下同じ)が 35 以下であって、かつ、PaO ₂ （動脈血酸素分圧）が 70mmHg 以下であるか、又は心電図により右室肥大の所見若しくは肺性 P が認められること。	入院を必要とし、かつ、常時介護を必要とすること。 ①
1 級	休まなければ 50 メートル歩くことができないこと。 ②	重症の発作が年間を通じて月平均 5 日以上であるか、又は軽症の発作が年間を通じて月平均 10 日以上であること。 ②	常に咳及び痰がで、かつ、痰の量が多いか、又は痰の咯出が困難であること。 ②	指数が 55 以下であること。 ③	常に治療を必要とし、かつ、入院が望ましいこと。 ②
2 級	同年齢の健康な人と同様に歩くことはできないが、自分の歩調なら平地で 1 キロメートル以上歩くことができること。 ③	重症の発作が年間を通じて月平均 1 日以上であるか、又は軽症の発作が年間を通じて月平均 5 日以上であること。 ③	日常生活に支障がある程度、常に咳及び痰がでること。 ③	指数が 70 以下であること。 ④	常に治療を必要とし、かつ、時に入院を要すること。 ③
3 級	平地で同年齢の健康な人と同様に歩くことができるが、坂道や階段では遅れること。 ④	軽症の発作が年間を通じて月平均 1 日以上であること。 ④	日常生活に軽度の障害がある程度、季節的又は 1 年のうち 3 月以上常に咳及び痰がでること。 ④	指数が 70 以下であること。 ④	常に医師の管理を必要とし、かつ、時に治療を必要とすること。 ④

（備考）各等級の「症状及び検査所見」は、次のいずれかに該当する程度であるものとする。

1. 「息切れ（呼吸困難）」及び「心肺機能」が当該等級の欄に掲げる程度であるもの。
2. 「ぜん息（ぜん息様）発作」が当該等級の欄に掲げる程度であるもの。
3. 「咳及び痰」及び「心肺機能」が当該等級の欄に掲げる程度であるもの。
4. 1～3 と同様又はそれ以上と認められる程度であるもの。

医学的検査について〔認定更新申請を行う場合又は認定更新申請
と同時に障害の程度の見直しを行う場合〕

- ◎ 認定更新申請を行う場合、又は認定更新申請と同時に障害の程度の見直しを行う場合に実施していただく医学的検査は、次のとおりですのでご注意ください。

ア 全員に対して実施する検査

身体計測（身長及び体重）

呼吸機能検査

胸部 X 線検査（肺気しゅ等の診断上ぜひ必要な場合は側面も撮影のこと。）

血液検査

- イ 呼吸機能検査の結果、指数（ $\frac{1 \text{ 秒 量}}{\text{予測肺活量}} \times 100$ ）が 35%以下であった者に実施する検査

動脈血ガス組成検査（経皮的動脈血酸素飽和度測定でも可）

心電図検査（12誘導）

ウ その他の検査

喀痰顕微鏡検査、気道抵抗検査、残気量検査、血圧測定など

- ◎ 呼吸機能検査、動脈血ガス組成検査（又は経皮的動脈血酸素飽和度測定）、心電図検査等は発作時又は急性増悪時に実施せず、間けつ時に実施するようにしてください。

- ◎ 呼吸機能検査の実施にあたって患者さんの協力を充分得られなかった場合は、その旨を医学的検査結果報告書の備考欄に記載してください。

寝たきり等のため検査を実施できなかったときは、実施できなかった理由を医学的検査結果報告書の備考欄に記載してください。

- ◎ 医学的検査結果報告書末尾の注意事項もご参照ください。

- ◎ 呼吸機能検査、心電図検査を実施した場合は検査ペーパーを、胸部 X 線検査を実施した場合はフィルム又は、画像情報を記録した媒体（CD・DVD）を添付してください。

添付資料は審査が終わり次第お返しします。

- ◎ 必要な検査の一部を他院にて実施される場合、その検査項目について、別途医学的検査結果報告書を提出していただくか、他院実施の検査項目の備考欄に実施医療機関の名称、所在地、実施者名を記載してください。

医学的検査について〔障害補償費を請求する場合
障害の程度の見直しを行う場合〕

◎ 障害補償費を請求する場合、障害の程度の見直しを行う場合に実施していただく医学的検査は、次のとおりですのでご注意ください。

ア 全員に対して実施する検査

身体測定（身長及び体重）

呼吸機能検査

イ 呼吸機能検査の結果、指数（ $\frac{1 \text{ 秒 量}}{\text{予測肺活量}} \times 100$ ）が 35%以下であった者に実施する検査

動脈血ガス組成検査（経皮的動脈血酸素飽和度測定でも可）

心電図（12誘導）

ウ 肺気しゅ・慢性気管支炎の患者など障害の程度判定の為、主治医が必要と判断した者に実施する検査

胸部 X 線検査など

◎ 呼吸機能検査、動脈血ガス組成検査（又は経皮的動脈血酸素飽和度測定）、心電図検査等は発作時又は急性増悪時に実施せず、間けつ期に実施するようにしてください。

◎ 呼吸機能検査の実施にあたって患者さんの協力を十分に得られなかった場合は、その旨を医学的検査結果報告書の備考欄に記載してください。

◎ 寝たきり等のため検査を実施できなかったときは、実施できなかった理由を医学的検査結果報告書の備考欄に記載してください。

◎ 医学的検査結果報告書末尾の注意事項もご参照ください。

◎ 呼吸機能検査、心電図検査を実施した場合は検査ペーパーを、胸部 X 線検査を実施した場合はフィルム又は、画像情報を記録した媒体（CD・DVD）を添付してください。

添付資料は審査が終り次第お返しします。

◎ 必要な検査の一部を他院にて実施される場合、その検査項目について、別途医学的検査結果報告書を提出していただくか、他院実施の検査項目の備考欄に実施医療機関の名称、所在地、実施者名を記載してください。

5. 主治医診断報告書及び医学的検査結果報告書の取扱い

主治医診断報告書は、医学的検査の成績（他の検査機関で検査を実施したときは、その検査機関の検査結果報告書の成績）も参考にして作成してください。

なお、主治医診断報告書及び医学的検査結果報告書は必ず厳封して患者に携行させてください。

6. 診断書、主治医診断報告書及び医学的検査結果報告書の文書作成料並びに医学的検査の検査料

認定更新申請又は、補償給付請求のために必要とする診断書、主治医診断報告書及び医学的検査結果報告書の作成料並びに医学的検査の検査料は別途支払いますので、診療報酬の請求には含めないでください。診断書又は報告書が請求書も兼ねていますので、改めて請求書を提出していただく必要はありません。既に他法で請求された検査料については、その旨を備考欄にご記載ください。ただし、死亡診断書（死体検案書）は、請求者の負担とします。

7. 認定更新申請、補償給付請求等に必要な書類（用紙）

認定更新申請、補償給付請求等に必要な書類は、保健福祉センターで説明のうえ患者にお渡しします。手続きの方法等については担当の保健福祉センターで尋ねるようご指導ください。

8. その他

“認定更新申請及び障害補償費請求・診療報酬請求等の事務の流れ”（参考 1：71、72 頁）及び“認定更新・補償給付の審査のしくみ”（参考 2：73 頁）を参考までにご覧ください。

資料 1

公害健康被害の補償等に関する法律（抜粋）

昭和 48 年 10 月 5 日

法律 第 111 号

〔（略）〕
〔改正平成 20 年 4 月 16 日法律第 13 号〕

（認定等）

第 4 条

1～5（略）

- 6 第一種地域に係る被認定者は、同一の疾病については、重ねて第 1 項の認定を受けることができない。ただし、同一の疾病が第 2 条第 3 項の規定により定められた他の都道府県知事の管轄に属する第一種地域の区域内に住所を移し、又は 1 日のうち指定時間以上の時間をその区域内で過ごすことが常態となった場合において、当該他の都道府県知事に対しその旨の届出をしたときは、当該疾病について現に受けている第 1 項の認定は、当該他の都道府県知事がした同項の認定とみなす。

（認定の更新）

- 第 8 条 前条第 1 項又は第 2 項の規定により有効期間が定められた被認定者の当該認定に係る指定疾病が有効期間の満了前になおる見込みがないときは、当該被認定者は、都道府県知事に対し、認定の更新を申請することができる。

- 2 都道府県知事は、前項の規定による申請があった場合において、公害健康被害認定審査会の意見をきき当該指定疾病が有効期間の満了後においても継続すると認めるときは、当該指定疾病に係る認定を更新する。

- 3 前条の規定は、前項の規定により更新される認定について準用する。

（障害補償費の支給）

- 第 25 条 都道府県知事は、その認定に係る被認定者（政令で定める年齢に達しない者を除く。）の指定疾病による障害の程度が政令で定める障害の程度に該当するものであるときは、当該被認定者の請求に基づき、公害健康被害認定審査会の意見をきいて、その障害の程度に応じた障害補償費を支給する。

- 2 環境大臣は、前項の障害の程度を定める政令の制定又は改廃の立案をしようとするときは、中央環境審議会の意見を聴かなければならない。

(障害補償費の額の改定等)

第 28 条 障害補償費の支給を受けている者は、当該指定疾病による障害の程度につき、指定疾病の種類に応じて政令で定める期間ごとに、都道府県知事の診査を受けなければならない。都道府県知事が、障害補償費の支給に関し特に必要があると認めて診査を受けるべき旨を命じたときも、同様とする。

2 都道府県知事は、前項の診査の結果、その者の指定疾病による障害の程度が従前の障害の程度と異なると認める場合においては、公害健康被害認定審査会の意見をきいて、新たな障害の程度が第 25 条第 1 項の政令で定める他の障害の程度に該当するときは新たに該当するに至った同項の政令で定める障害の程度に応じて障害補償費の額を改定し、新たな障害の程度が同項の政令で定める障害の程度に該当しないときは、障害補償費の支給を打ち切るものとする。

3 障害補償費の支給を受けている者は、都道府県知事に対し、当該指定疾病による障害の程度が増進したことを理由として、障害補償費の額の改定を請求することができる。

4 前項の規定による請求があつた場合においては、都道府県知事は、その者の指定疾病による障害の程度を診査しなければならない。第 2 項の規定は、この場合について準用する。

5 障害補償費の額の算定の基礎となる障害補償標準給付基礎月額に変更があつたときは、障害補償費の額は、改定されるものとする。

6 第 2 項（第 4 項において準用する場合を含む。）又は前項の規定により障害補償費の額が改定されたときは、改定後の額による障害補償費の支給は、改定された日の属する月の翌月から始めるものとする。

7 障害補償費の支給を受けている者が、正当な理由がなく第 1 項の診査を受けなかつたときは、都道府県知事は、障害補償費の支給を一時差し止めることができる。

診 断 書

公害患者手帳 記号番号		大阪		—大気系公害健康被害 認定更新申請用—		明治 大正 昭和		年 月 日				
氏 名		性別		男 ・ 女		生年月日		年 月 日				
指定地域解除前の 認定疾病名		1 慢性気管支炎 及びその続発症		2 気管支ぜん息 及びその続発症		3 ぜん息性気管支炎 及びその続発症		4 肺気しゅ 及びその続発症				
指定地域解除後の 病像の変化によっ て認められた病名		1 慢性気管支炎		2 気管支ぜん息		3 肺気しゅ		4 続発症				
※1 認定疾病に関係のある続発症・合併症		上記以外の続発症・ 合併症		1 なし		2 あり						
※1 認定疾病に関係のない併発症・随伴症				1 なし		2 あり						
最近 1 年 間 の 症 状	⑦ せき	有	無	有	1年のうちでよくでる 季節はいつか	1日のうちで いつでるか	1年のうち持続はどうか	左の症状・持続期間が続いて 何年ぐらいたつているか				
	⑧ たん	有	無	有	春 夏 秋 冬	朝 昼 夜 常時	3週未満 3週以上 3か月未満 3か月以上	2年未満 2年以上				
	⑨ ぜん息(様) 発作	有	無	有	最初の発作があった時 …… () 歳		直近1年間の月平均の重症発作回数 月平均 () 日					
		有	無	有	直近の発作年月 …… 年 月 日		直近1年間の月平均の軽症発作回数 月平均 () 日					
	⑩ 息切れ	有	無	有	運動時(歩行・階段昇降時)にある		日常動作時にある					
	⑪ ぜん喘	有	無	有	1 かぜをひいた時にある		2 かぜをひかなくてもある					
	⑫ ※2 気管支炎罹患	有	無	有	最近1年間に医師の治療を要する気管支炎に罹患した回数 …… 回							
	⑬ 認定疾病及びその続発症 による入院の既往	有	無	有	(※…最近1年間で入院した場合) 時期 年 月 から 年 月 まで		期間 か月 日 間					
	⑭ 理学的所見	肺 …… 乾性ラ音 湿性ラ音		右 左	心臓 …… 心雑音		有 ・ 無	血圧 …… ～				
	⑮ 総合判断	1 治癒(略治)		2 寛 解		3 軽快傾向		4 不 変		5 悪化傾向		6 その他()
最近1年間の状況	⑯ 治療内容	治療(有・無)	去痰 鎮咳剤	抗生物質 内服 注射	気管支拡張剤 吸入 内服 注射 貼付	副腎皮質ホルモン 吸入 内服 注射	抗アレルギー剤 その他	在宅酸素 療法	その他の治療 (減感作療法など)			
	⑰ 経過概要	使用法欄：常時使用したものは○、時々使用したものは△をしてください。 薬名欄：今回処方した薬名を各使用法の下段に記入してください。 初診 年 月 日(認定疾病及びその続発症について、貴院で初めて診察された年月日) ※必須項目ですので空白とせず、直近1年間または初診日以降、現在までの状況について必ずご記入ください。 ※認定疾病の病像の変化により他の旧認定疾病に変更、追加する場合は、その診断及び認定疾病との医学的関連性についてご記入ください。										
上記のとおり診断します。 検査実施機関所在地 令和 年 月 日 名 称 代 表 者 電 話 番 号 大 阪 市 長 あ て 担 当 医 師												

注意事項

- ※1 認定疾病との関係の有無は主治医の判断に基づいて決めてください。
- ※2 ぜん息性気管支炎の認定を受けているときは必ずご記入ください。
- ※3 「重症発作」とは、著明な呼吸困難を伴い、起生呼吸となり、チアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治療に反応しにくく発作累積状態となるもの。
- ※4 「軽症発作」とは、重症に至らない程度の軽い発作。
- 1枚目(本人提出用)を記入のうえ密封し、ご本人様へお渡しください。
- 2枚目(保健所提出用)を薬務完了報告として、毎月1か月分をとりまとめて、翌月10日までに大阪市保健所管理課審査・給付グループまで、お送りください。
- 3枚目(医療機関用)については、記載内容について問い合わせる場合がございますので必ず保管してください。
- 文書作成料、医学的検査料のお支払いについて、大阪府医師会以外の医療機関は、別途大阪市と契約が必要ですので、大阪市保健所管理課審査・給付グループまでご連絡してください。

(医療機関番号) ※保健所使用欄

※受付印

様式 2

—障害補償費 請求 用—
見直し

公害健康被害の補償等に関する法律 公害健康被害認定患者 主治医診断報告書

(様式第32号)

見直し 月

公 害 医 生 手 帳 番 号	大阪	氏 名	性 別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年 齢	満	歳								
指定地域解除前の 認定疾病名			1 慢性気管支炎 及びその続発症	2 気管支ぜん息 及びその続発症	3 ぜん息性気管支炎 及びその続発症	4 肺気腫 及びその続発症														
指定地域解除後の 病像の変化によっ て認められた病名			1 慢性気管支炎	2 気管支ぜん息	3 肺気腫	4 続発症														
※1 認定疾病に関係のある続発症・合併症 (上記以外の続発症・合併症)			1 なし 2 あり																	
※1 認定疾病に関係のない併発症・随伴症			1 なし 2 あり																	
認 定 疾 病 及 び そ の 続 発 症 の 治 療 区 分	①	※2 入院中 (今回の入院日数 日)	喫煙歴 1 喫っている (1日 本) 喫煙歴 年 2 以前は喫っていたが今は喫っていない 3 初めから喫っていない 4 禁煙を指導し、禁煙中 5 禁煙を指導し、節煙中 (1日 本) 6 禁煙を指導したが効果なし (理由) 7 禁煙の指導を行わず (理由)																	
	②	外来 (最近1か月の受診日数 日)																		
	③	受診中 (上記のうち往診日数 日)																		
	④	治療中断 (理由)																		
⑤	④ 軽快し受診していない (最終受診年月日 年 月 日)																			
⑥	ぜん息 (様) 発作	直近1年間の月平均の重症発作回数 月平均 { } 日 直近1年間の月平均の軽症発作回数 月平均 { } 日 ※…なしの場合は0日として記入し、様式第31号を併せて提出するときは、必ず日数が同じになるようにしてください。																		
所 見 (各症状について該当する記号を1つだけ選んで○で囲んでください)																				
症 状	息切れ (呼吸困難)	A 会話又は着物の着脱その身の回りのことをするにも息切れがする	B 休まなければ50メートル歩くことができない	C 同年齢の健康な人と同様には歩くことはできないが、自分の歩調なら平地で1キロメートル以上歩くことができる	D 平地で同年齢の健康な人と同様に歩くことはできるが、坂道や階段では困難	E 息切れがないか、あってもDの程度に達しないもの														
	ぜん息 (ぜん息様) 発作	A 重症の発作 (※3) が年間で月平均10回以上である	B 重症の発作が年間で月平均5回以上であるか、又は軽症の発作 (※4) が年間で月平均10回以上である	C 重症の発作が年間で月平均1日以上であるか、又は軽症の発作が年間で月平均5日以上である	D 軽症の発作が年間で月平均1日以上である	E 発作がないか、あってもDの程度に達しないもの														
咳 と 痰	A 常に咳及び痰がで、かつ、痰の量が多い (※5) か、又は痰の排出が非常に困難である	B 常に咳及び痰がで、かつ、痰の量が多い (※6) か、又は痰の排出が困難である	C 日常生活に支障がある程度、常に咳及び痰がでる	D 日常生活に軽度の支障がある程度、季節的又は1年のうち3月以上常に咳及び痰がでる	E 咳と痰がないか、あってもDの程度に達しないもの															
	※7 ④ 管理区分 認定疾病及びその続発症について																			
A 入院を必要とし、かつ、常時治療を必要とする		B 常に治療を必要とし、かつ、入院が望ましい		C 常に治療を必要とし、かつ、時に入院を必要とする		D 常に医師の管理を必要とし、かつ、時に治療を必要とする		E 経過観察を必要とする												
⑧ 総合判断							1 治癒 (略治) 2 寛解 3 軽快傾向 4 不変 5 悪化傾向 6 その他 ()													
※8 最近1年間の状況 ※必ず記入してください	⑨ 経過の概要	⑩ 治療内容	治療 (有・無) 用法	太極鎮痛剤	抗生物質	吸入	気管支拡張薬	吸入	内服	注射	貼付	副腎皮質ホルモン	吸入	内服	注射	抗アレルギー剤	その他	在宅酸素療法	その他の治療 (減圧療法など)	
		薬名																		
		使用法欄：常時使用したものは○、時々使用したものは△をしてください。 薬名欄：今回処方した薬名を各使用法の下段に記入してください。																		
		初診 年 月 日 (認定疾病及びその続発症について、貴院で初めて診療された年月日) ※必須項目ですので空白とせず、直近1年間または初診日以降、現在までの状況について必ずご記入ください。※8																		
上記のとおり報告します。																				
検査実施機関所在地										名称										
令和 年 月 日										代表者										
大阪市長あて										電話番号										
										担当医師										

注意事項

- 認定疾病との関係の寄託は主治医の判断に基づいて決めてください。
- 他病により入院し、併せて認定疾病及びその続発症の治療をしている場合の認定疾病及びその続発症の治療区分は、外来として取扱ってください。
- 「重症発作」とは、著明な呼吸困難を伴い、起立時呼吸となり、チアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治療に反応しがたく発作頻発状態となるもの。
- 「軽症発作」とは、重症に至らない程度の軽い発作。
- 「痰の量が非常に多い」とは、起床後1時間の痰量が10 ml以上程度
- 「痰の量が多い」とは、起床後1時間の痰量が3～10 ml程度
- 認定疾病に関係のない併発症・随伴症がある場合には認定疾病及びその続発症 (認定疾病に関係のある疾患を含む) についての管理区分を定めてください。
- 様式第31号の診断書の経過の概要欄に記載し、本書と同時に提出する場合は、本欄へ記入する必要はありません。
 - 1 枚目 (本人提出用) を記入のうえ封し、ご本人様へお渡しください。
 - 2 枚目 (保健所提出用) を業務完了報告として、毎月1か月分をとりまとめ、翌月10日までに大阪市保健所管理課審査・給付グループへ、お送りください。
 - 3 枚目 (医療機関用) については、記載内容について問い合わせる場合がございますので必ず保管してください。
 - 文書作成料、医学的検査料のお支払いについて、大阪府医師会以外の医療機関は、別途大阪市と契約が必要ですので、大阪市保健所管理課審査・給付グループまでご連絡してください。

(医療機関番号) ※保健所使用欄

※受付印

令和6年7月作成

様式 3

一認定更新申請（同時障害補償費請求）用一
見直し

(様式第34号)

公害健康被害の補償等に関する法律

医学的検査結果報告書

添付資料

無	有	呼吸機能検査ペーパー
無	有	心電図ペーパー
無	有	レントゲン(フィルム)
無	有	レントゲン(CD)

氏名	生年月日		明治 大正 昭和	年	月	日	年齢	満	歳				
住所													
指定地域解除前の認定疾病名	1 慢性気管支炎及びその続発症	2 気管支ぜん息及びその続発症	3 ぜん息性気管支炎	4 肺気腫及びその続発症									
指定地域解除後の病像の変化によって認められた病名	1 慢性気管支炎 2 気管支ぜん息 3 肺気腫 4 続発症												
対象者	項 目 検 査 成 績 備 考												
原則として全員	身体計測	身長			cm	※本報告書作成医療機関以外で検査を実施した場合、検査項目別に実施機関名等を記入してください。 実施機関 所在地 代表者名							
		体重			kg								
		予測肺活量※1			ml								
		肺活量			ml								
		努力性肺活量			ml								
		%肺活量			%								
		1秒量			ml								
		1秒率			%								
		指数： $\frac{1 \text{ 秒量}}{\text{予測肺活量}} \times 100$			%								
		呼吸機能検査の結果、指数が3.5以下であった者	呼吸機能検査 (使用機種)	動脈血ガス組成検査	PaO ₂						mmHg	実施機関 所在地 代表者名 診療報酬の請求(公害・他法含む) 済 ☐	
PaCO ₂				mmHg									
SaO ₂				%									
HCO ₃				mEq/l									
経皮的動脈血酸素飽和度測定	SPO ₂				%								
心電図検査	12誘導 有 無			1 異常なし									
心音図 有 無	2 肺性P ※2												
	3 右室肥大 ※3												
	4 その他異常()												
検査資料の添付がない場合は、検査料のお支払いができませんのでご注意ください。													
原則として全員	胸部レントゲン検査	令和 年 月 日実施	1 異常なし		フィルムの種類と枚数		実施機関 所在地 代表者名 診療報酬の請求(公害・他法含む) 済 ☐						
		撮影方法	1 デジタル		半切								
		2 アナログ	大角										
			大四ツ切										
			その他										
			CD										
		検査資料の添付がない場合は、検査料のお支払いができませんのでご注意ください。											
		血液検査	血液検査	白血球数						/mm ³	実施機関 所在地 代表者名 診療報酬の請求(公害・他法含む) 済 ☐		
				赤血球数						万/mm ³			
				血色素量						g/dl			
赤血球沈降速度(1時間値)				mm									
CRP				mg/dl									
好酸球				%									
好中球				%									
リンパ球				%									
単核球				%									
好塩基球				%									
認定更新又は障害の程度判定のため、主治医が必要と判断した者	その他の検査												
上記のとおり報告します。 検査実施機関 所在地													
令和 年 月 日 名称													
代表者													
電話番号													
担当医師													

【注意事項】

① 呼吸機能検査、動脈血ガス組成検査、心電図検査等は、発作時又は急性増悪時に実施せず、開けつ期に実施すること。

※1 予測肺活量はボールドウィンの式によって求める。
男 (27.63 - (0.112 × 年齢)) × 身長 (cm)
女 (21.78 - (0.101 × 年齢)) × 身長 (cm)

※2 肺性Pの基準はP (mm) / R II (mv) ≥ 2.5以上を用いる。

※3 右室肥大はWHOの基準により判定する。

1) V3R、V1のqRパターンがあれば確定
2) 1) がない場合、次の3項目のうち2項目があれば確定：a. R/SV1 < 1, b. R/SV1 > 1, c. 不完全右室ブロック
※4 経皮的動脈血酸素飽和度測定による実施の場合は、※4 1) 欄に○印を入れてください。

② 重払いを防ぐため、公害診療報酬及び他法等ですべてに請求済みの検査データをご報告された場合は、備考欄「済」に「✓」を入れてください。

③ レントゲン、呼吸機能などの検査を、他の医療機関で実施した場合は、検査項目の備考欄ごと、病院名、所在地、代表者名を記載してください。

④ 1枚目(本人提出用)を記入のうえ封封し、添付資料と併せてご本人様へお渡しください。

⑤ 2枚目(医療機関提出用)を業務完了報告として、毎月1か月分をとりまとめて、翌月10日までに大阪市保健所管理課審査・給付グループまで、お送りください。

⑥ 3枚目(医療機関提出用)については、記載内容について問い合わせる場合がございますので必ず保管してください。

⑦ 文書作成料、医学的検査料のお支払いについては、大阪府医師会以外の医療機関は、別途大阪市と契約が必要ですので、大阪市保健所管理課審査・給付グループまで連絡してください。

⑧ 法施行規則および処理基準により、医学的検査は更新・見直し月が属する月の3か月前から有効になります。それ以前に実施した検査の検査料は別途、診療報酬等でご請求ください。
(例：手帳の期間満了日が4月中になっている方の場合、3か月前の1月以降に実施した検査が対象となり、12月以降に実施した検査は本書での支払い対象外となります。)

令和6年7月作成

様式 4

一障害補償費 請求用
見直し

公害健康被害の補償等に関する法律

医学的検査結果報告書

(様式第35号)

添付資料

無	有	呼吸機能検査ペーパー
無	有	心電図ペーパー
無	有	レントゲン(フィルム)
無	有	レントゲン(CD)

公 告 医 療 手 帳 号	大 阪	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日	年 齢	漢 語					
氏 名											
住 所											
指定地域解除前の 認定疾病名	1 慢 性 気 管 支 炎 及 び そ の 続 発 症	2 気 管 支 ぜ ん 息 及 び そ の 続 発 症	3 ぜ ん 息 性 気 管 支 炎 及 び そ の 続 発 症	4 肺 及 び 気 道 の 腫 瘍 症							
指定地域解除後の 病像の変化によって 認められた病名	1 慢性気管支炎 2 気管支ぜん息 3 肺気しゅ 4 続発症										
対 象 者	項 目 検 査 成 績 備 考										
原則として全員	身体計測	身 長				cm	※本報告書作成医療機関以外で検査を実施した場合、 検査項目毎に実施機関等を記入してください。 実施機関 所在地 代表者名				
		体 重				kg					
		予 測 肺 活 量 容 積 1				ml					
		肺 活 量				ml					
		令 和 年 月 日 実 測 (使用機種)				ml					
		努力性肺活量				ml					
		% 肺 活 量				%					
		1 秒 量				ml					
		1 秒 率				%					
		指数: $\frac{1 \text{ 秒 量}}{\text{予 測 肺 活 量}} \times 100$				%					
呼吸機能検査 の結果、指数が 35以下であった者	動脈血ガス組成検査 令 和 年 月 日 実 施 ※4 もしくは 1 経皮的動脈血 酸素飽和度測定	PaO ₂				mmHg	実施機関 所在地 代表者名 診療報酬の請求(公害・他法含む) 済 ☐				
		PaCO ₂				mmHg					
		SaO ₂				%					
		HCO ₃				mEq/l					
		SPO ₂				%					
		1 2 誘導	有	無	1 異常なし	実施機関 所在地 代表者名 診療報酬の請求(公害・他法含む) 済 ☐					
		心電図検査	有	無	2 肺性P ※2						
		令 和 年 月 日 実 施	有	無	3 右室肥大 ※3						
			有	無	4 その他異常 ()						
		検査資料の添付がない場合は、検査料のお支払いができませんのでご注意ください。									
肺気しゅ・慢性気管支 炎の患者など障害の程度 判定の高、主治医 が必要と判断した者	胸部レントゲン検査 令 和 年 月 日 実 施 撮影方法 1 デジタル 2 アナログ		1 異常なし	フィルム の 種 別 と 枚 数 半 切 大 切 大 四 切 他 C D	半 切	実施機関 所在地 代表者名 診療報酬の請求(公害・他法含む) 済 ☐					
			2 その他		大 切						
					大 四 切						
					他						
					C D						
			検査資料の添付がない場合は、検査料のお支払いができませんのでご注意ください。								
			その 他 の 検 査								
			上記のとおり報告します。 検査実施機関 所在地								
			令 和 年 月 日 名 称								
			代 表 者								
電 話 番 号											
大 阪 市 長 あ て 担 当 医 師											

〔注意事項〕

① 呼吸機能検査、動脈血ガス組成検査、心電図検査等は、発作時又は急性増悪時に実施せず、間けつ期に実施すること。

※1 予測肺活量はボールドウィンの式によって求める。

男 [27.63 - (0.112 × 年齢)] × 身長 (cm)

女 [21.78 - (0.101 × 年齢)] × 身長 (cm)

※2 肺性Pの基準はP (mm) / R II (mv) ≥ 2.5以上を用いる。

※3 右室肥大はWHOの基準により判定する。

1) V3R, V1のqRパターンがあれば確定

2) 1) がない場合、次の3項目のうち2項目があれば確定: a. R/SV5 < 1, b. R/SV1 > 1, c. 不完全右脚ブロック

※4 経皮的動脈血酸素飽和度測定による実施の場合は、※4 1 欄に○印を入れてください。

② 2重払いを防ぐため、公害診療報酬及び他法等ですべて請求済みの検査データをご報告された場合は、備考欄「済」に「✓」を入れてください。

③ レントゲン、呼吸機能などの検査を、他の医療機関で実施した場合は、検査項目の備考欄ごとに、病院名、所在地、代表者名を記載してください。

④ 1枚目(本人提出用)を記入のうえ厳密封し、添付資料と併せてご本人様へお渡ください。

⑤ 2枚目(保健所提出用)を業務完了報告として、毎月1か月分をとりまとめて、翌月10日までに大阪市保健所管理課審査・給付グループまで、お送りください。

⑥ 3枚目(医療機関送)については、記載内容について問い合わせる場合がございますので必ず保管してください。

⑦ 文書作成料、医学的検査料のお支払いについて、大阪府医師会以外の医療機関は、別途大阪市と契約が必要ですので、大阪市保健所管理課審査・給付グループまで連絡してください。

⑧ 法施行規則および処理基準により、医学的検査は更新・見直し月が属する月の3か月前から有効になります。それ以前に実施した検査の検査料は別途、診療報酬等でご請求ください。

(例: 見直し月(様式第35号右上参照)が4月になっている方の場合、3か月前の1月以降に実施した検査が対象になり、12月以前に実施した検査は本費での支払い対象外になります。)

○文書作成料、医学的検査料(判断料含む)については、公害診療報酬の請求には含まれてください。
(ただし、公害診療報酬及び他法等ですべて請求済みの検査データを報告された場合は、備考欄「済」に「✓」を入れてください。)

(医療機関番号)	※保健所使用欄
----------	---------

※受付印

令和6年7月作成

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

(12)	氏名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和 年 月 日	午前・午後 時 分	(13)	死亡したとき	令和 年 月 日 午前・午後 時 分	(14)	死亡したところ	1 病院 2 診療所 3 介護医療院・介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他	(15)	死因の種類	1 病死及び自然死 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺死 5 煙、火災及び火焔による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の死	(16)	外因死の追加事項	傷害が発生したとき 令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分 傷害が発生したところの種別 1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他()	(17)	生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重 グラム 単胎・多胎の別 1 単胎 2 多胎 (子中第 子) 妊娠・分娩時における母体の病歴又は異状 母の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 1 無 2 有 () 3 不詳 前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満23週以後に限る)	(18)	その他特に付言すべきことがら	(19)	上記のとおり診断（検案）する 診断（検案）年月日 令和 年 月 日 本診断書（検案書）発行年月日 令和 年 月 日 病院、診療所、介護医療院若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所 番地 番 号 (氏名) 医師 (電話番号) ()
	死亡したところ	死亡したところ (死亡したところの種別1-5) 施設の名称 ()	死亡の原因 I (ア)直接死因 (イ)原因 (ウ)原因 (エ)原因 II 直接には死因に關係しないがI欄の傷害経過に影響を及ぼした傷害名等 手術 1 無 2 有 { 部位及び主要所見 解剖 1 無 2 有 { 主要所見	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 ◆年、月、日等の単位で書いてください。ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。(例：1年3か月、5時間20分)	死因の種類 1 病死及び自然死 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺死 5 煙、火災及び火焔による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の死		外因死の追加事項 傷害が発生したとき 令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分 傷害が発生したところの種別 1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他()	生後1年未満で病死した場合の追加事項 出生時体重 グラム 単胎・多胎の別 1 単胎 2 多胎 (子中第 子) 妊娠・分娩時における母体の病歴又は異状 母の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 1 無 2 有 () 3 不詳 前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満23週以後に限る)																

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。

I欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後何日」と書いてください。

I欄及びII欄に關係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。「5煙、火災及び火焔による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、邸等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどのような状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

(様式第36号)

公害健康被害の補償等に関する法律

認定死亡患者主治医診断報告書

添付資料

無	有	呼吸機能検査ペーパー
無	有	心電図ペーパー
無	有	レントゲン(フィルム)
無	有	レントゲン(CD)

—遺族補償費・遺族補償一時金・葬祭料請求用—

公害医療手帳 記号番号	大阪	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年令	満	才
氏名	指定地域解除前の 認定疾病名		1. 慢性気管支炎 2. 気管支ぜん息 3. ぜん息性気管支炎 4. 肺炎しゅ 及びその続発症 及びその続発症 及びその続発症 及びその続発症								
	指定地域解除後の 病像の変化によっ て認められた病名		41. 慢性気管支炎 42. 気管支ぜん息 44. 肺炎しゅ 45. 続発症 ()								
死亡年月日	令和	年	月	日	死亡場所						
死亡原因	I					II					
	直接死因		(イ)の原因		(ウ)の原因	(エ)の原因		直接には死因に關係しないが1種の 傷病経過に影響を及ぼした傷病名等			
	病名										
期間											
受療状況	主病名	1	継続的に外来受診	断続的に外来受診	頻回に往診	入院の状況	年 月 日 より				
		2	継続的に外来受診	断続的に外来受診	頻回に往診						
		3	継続的に外来受診	断続的に外来受診	頻回に往診						
	併発病名	1	継続的に外来受診	断続的に外来受診	頻回に往診	年 月 日 まで					
		2	継続的に外来受診	断続的に外来受診	頻回に往診						
		3	継続的に外来受診	断続的に外来受診	頻回に往診						
入院先医療機関名 ()											
死亡前の 経過の概要	※1. 認定疾病の症状・治療内容や経過を、他疾病の状態も含めて詳しくお書き下さい。 ※2. 死亡診断(死体検案)をされていない場合は、最終受診時までの経過をお書き下さい。										
認定疾病と 死亡の関連 (該当する数字を1 つだけ○で囲んで 下さい。また、1 から5までを選ん だ理由について記 入して下さい。)	1. 認定疾病により死亡したか、明らかに認定疾病に起因して死亡したと考えられる。 2. 明らかとはいえないが、認定疾病が大きく起因して死亡したと考えられる。 3. 明らかとはいえないが、認定疾病よりも他の疾患が大きく起因して死亡したと考えられる。 4. 認定疾病に起因して死亡したとは考えられない。 5. わからない。 (1から5までを選んだ理由)										
上記のとおり報告します。											
令和 年 月 日				医療機関 所在地							
				名称							
大阪市長あて				医師							

(提出用) ◎ 厳封してお渡下さい。

(備考) 実施された以下の検査書類についてご提出ください。

- ・認定疾病を評価し得る資料としての血液検査、胸部画像及びその読影所見
- ・死亡を推定し得る資料としての血液検査、画像及びその読影所見
- (血ガス検査、経皮的動脈血酸素飽和度測定、呼吸機能検査成績、心電図等)

(医療機関番号) ※保健所使用欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ご不明な点がございましたら、健康局大阪市保健所管理課審査・給付グループまでお問い合わせ下さい。(電話：06-6647-0793)

令和6年7月作成