

令和7年度
公害健康被害の補償等に関する法律に基づく
被認定者等の認定更新、補償給付及びぜん息児水泳教
室事業等を行うために必要な診断、医学的検査の実施
及びそれに係る文書の作成業務委託
事業者募集要項

大阪市健康局保健所管理課（審査・給付グループ）

（令和7年2月）

目 次

1 概 要	2
2 仕 様	
(1) 業務内容	2
(2) 委託期間	2
(3) 委託料	2
(4) 再委託等について	3
(5) その他	4
3 事業者の募集	
(1) 公募要件	4
(2) 申請方法	5
(3) 受注者の決定	5
様式第 1 号 公募申請書	6
様式第 3 1 号 診断書	7
様式第 3 2 号 主治医診断報告書	8
様式第 3 4 号 医学的検査結果報告書	9
様式第 3 5 号 医学的検査結果報告書	10
様式第 3 6 号 認定死亡患者主治医診断報告書兼請求書	11
水泳教室参加への診断書(主治医記入)	12
転地療養事業参加への診断書	13

1 概 要

公害健康被害の補償等に関する法律（以下、「公健法」という。）に基づき、大阪市（以下、「発注者」という。）が実施する被認定者の認定更新の申請、障害補償費の支給、ぜん息児水泳教室事業等を行うために必要な医学的検査及びそれに係る文書の作成業務委託が円滑に行われるよう、大阪府医師会に加盟していない事業者（以下、「受注者」という。）についても広く公募し、できるだけ多くの医療機関が業務を行えるようにすることにより、市民サービスの充実を図ることを目的とする。

2 仕 様

（1）業務内容

受注者の業務内容は次のとおりとする。

ア 被認定者の診断の実施

被認定者が発注者の定める様式【様式第31、32、34、35、36号、水泳教室参加への診断書（主治医記入）、転地療養事業参加への診断書】を受注者へ提出し、文書作成を依頼するので、被認定者に認定疾病に関する聞き取りを行い、可能な限りの診断を実施すること。

イ 被認定者の医学的検査の実施

検査項目については、公健法に係る処理基準について（平成13年5月環保企第587号）に基づき可能な限り実施すること。

ウ 上記ア・イを実施した診断・医学的検査に係る文書の作成

受注者はア・イを完了次第、速やかに発注者の定める様式を用いて、診断及び検査内容を記載した文書を作成し、上記アの様式のうち本人提出用を速やかに被認定者へ交付し、医学的検査に伴う添付資料を被認定者に交付または貸与すること。

文書の作成料、検査の実施料（以下「文書作成料等」という。）は下記の（3）ウのとおりとし、それぞれに件数を乗じた額とする。

エ 業務完了報告

受注者は上記ア～ウの業務を完了後、上記アで提出された様式のうち保健所提出用を1か月分を取りまとめて、翌月10日（令和8年3月分は履行期限）までに発注者へ提出すること。（様式第36号（認定死亡患者主治医診断報告書）、水泳教室参加への診断書（主治医記入）、転地療養事業参加への診断書については、別途、依頼時に指示する。）

（2）委託期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

ただし、契約日が令和7年4月2日以降の場合、委託期間の始期は契約日からとする。

（3）委託料（文書作成料等）

発注者は、受注者の業務完了後、次のとおり文書作成料等を支払う。

ア 検査

発注者又は発注者が検査を行う者として定めた職員は、（1）のエで業務完了報告されたものに対し、業務の完了を確認するための検査を完了しなければならない。

イ 請求書の提出

不要（受注者には、発注者の定める様式による書面及びレントゲンフィルムなどの資料の提出を求めており、書面内容等から支払金額の算出を行い、支出金額を決定）

ウ 文書作成料等単価

契約書裏面のとおり

なお、検査実施工料は「公害健康被害の補償等に関する法律の規定による診療報酬の額の算出方法」（平成4年5月29日環境庁告示第40号）に基づいて算定している。

エ 支払い

発注者は上記アの検査に合格したものについて、受注者へ指定する口座へ業務委託料を支払う。なお、受注者は上記口座の報告のため、契約時、速やかに発注者が指定する口座振替申出書を提出しなければならない。

ただし、すでに公健法に係る医療費等の支払いのため、上記申出書を発注者へ提出し、その記載事項に変更がない場合は提出の必要はない。

（4）再委託等について

ア 業務委託契約書第11条第1項に規定する「主たる部分」とは次の各号に掲げるものをいい、受注者はこれを再委託することはできない。

① 委託業務における総合的企画、業務遂行管理、業務の手法の決定及び技術的判断等

② 「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく被認定者等の認定更新、補償給付及びぜん息児水泳教室事業等を行うために必要な診断、医学的検査の実施及びそれに係る文書の作成業務」

イ 受注者は、コピー、ワープロ、印刷、製本、トレース、資料整理などの簡易な業務の再委託にあたっては、発注者の承諾を必要としない。

ウ 受注者は、第1項及び第2項に規定する業務以外の再委託にあたっては、書面により発注者の承諾を得なければならない。

なお、元請の契約金額が1,000万円を超え契約の一部を再委託しているものについては、再委託相手先、再委託内容、再委託金額を公表する。

エ 地方自治法施行令第167条の2第1項第2号の規定に基づき、契約の性質又は目的が競争入札に適さないとして、随意契約により契約を締結した委託業務においては、発注者は、前項に規定する承諾

の申請があったときは、原則として業務委託料の3分の1以内で申請がなされた場合に限り、承諾を行うものとする。ただし、業務の性質上、これを超えることがやむを得ないと発注者が認めたとき、又は、コンペ方式若しくはプロポーザル方式で受注者を選定したときは、この限りではない。

才 受注者は、業務を再委託及び再々委託等（以下「再委託等」という。）に付する場合、書面により再委託等の相手方との契約関係を明確にしておくとともに、再委託等の相手方に対して適切な指導、管理の下に業務を実施しなければならない。

なお、再委託等の相手方は、大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく停止措置期間中の者、又は大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けている者であってはならない。

また、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱第12条第3項に基づき、再委託等の相手方が暴力団員又は暴力団密接関係者でない旨の誓約書を業務委託契約書第22条に規定する書面とあわせて発注者に提出しなければならない。

（5）その他

ア 受注者は、この契約の履行に際して、個人情報及び業務に係るすべてのデータ（以下「個人情報等」という。）を取り扱う場合は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）及び大阪市個人情報の保護に関する法律の施行等に関する条例（令和5年大阪市条例第5号）の趣旨を踏まえ、この要項の各条項を遵守し、その漏えい、滅失、き損等の防止その他個人情報等の保護に必要な体制の整備及び措置を講じなければならない。

イ 委託内容について疑義が生じた場合は、発注者と協議を行うものとする。

ウ 受注者は申請内容に変更が生じた際は、速やかにその内容を発注者へ届け出ること。

エ 特記仕様書各項目を遵守すること。

オ 契約の締結は、令和7年度予算が発効したときとする。

3 事業者の募集

（1）公募要件

ア 本事業にかかる公募要件については、医療機関で以下の要件を全て満たす者とする。
なお、医療機関とは医療法で定められた医療提供施設を指す。

- イ 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けていないこと及び同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当しないこと。
- ウ 納税義務者にあっては、最近1年間において消費税及び地方消費税、大阪市の法人市民税及び固定資産税を完納していること。
※大阪市に納税義務を有しない場合は本店又は主たる営業所の所在地における市町村民税及び固定資産税を完納していること。

(2) 申請方法

「様式第1号 公募申請書」により、次のとおり申請すること。

来庁により申請する場合は、土日祝日及び令和7年1月29日～令和8年1月3日を除く平日9時から17時までとする。

書類提出先

大阪市健康局保健所 管理課 審査・給付グループ

〒545-8515 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000

(あべのメディックス10階)

電話 06-6647-0793

(3) 受注者の決定

公募要件を満たし、契約締結が可能と判断された場合は、発注者から受注者あて通知する。

令和7年度 公害健康被害の補償等に関する法律に基づく
被認定者等の認定更新、補償給付及びぜん息児水泳教室事業等を行うために
必要な診断、医学的検査の実施及びそれに係る文書の作成業務にかかる
事業者公募申請書

令和 年 月 日

大阪市健康局長 様

(〒)

医療機関住所 _____

医療機関名 _____

代表者の職・氏名 _____

電話番号 _____

公害健康被害の補償等に関する法律に基づく被認定者等の認定更新、補償給付及びぜん息児水泳教室事業等を行うために必要な診断、医学的検査の実施及びそれに係る文書の作成業務にかかる事業者の公募に参加したいので、次のとおり申請します。

記

1 誓約事項

次の事項について、事実と相違ないこと及び遗漏なく実施することを誓約します。

- (1) 医療機関（医療法で定められた医療提供施設）であること
- (2) 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けていないこと及び同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当していないこと
- (3) 最近1年間において消費税及び地方消費税、大阪市の法人市民税及び固定資産税を完納していること

※大阪市に納税義務を有しない場合は本店又は主たる営業所の所在地における市町村民税及び固定資産税を完納していること

- (4) 募集要項における「2 仕様」に基づいて、業務を実施すること

2 業務担当者

担当部署・氏名 _____

連絡先（電話番号）_____

診 断 書

記入者種別 記入者番号	大阪	一						
一大気系公害健康被害 認定更新申請用一								
氏名				性別	男 比	出生日	明治 文政 昭和 年 月 日	
指定地域解説書 の認定疾患名	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 咳気症 及びその続発症				
指定地域解説書 の用紙の変化によっ て認められた病名	1 慢性気管支炎	2 気管支ぜん息	3 咳気症	4 続発症				
第1 認定疾病に関係のある続発症・合併症 〔上記以外の既往症 合併症〕	1 なし	2 あり						
第2 認定疾病に関係のない併発症・隕伴症	1 なし	2 あり						
最 近 1 年 間 の 症 状	有無に ついて	考 察 の と き	1 年のうちさよこする 回数は、いかで か	1 日のうち何回 か	1 年のうち持続はどうか	他の症状、併発症が続けて 持続しているか		
	⑦ ぜん息	無 有	春 夏 秋 冬	朝 昼 夜 宿 時	3週末 普通以上 多い場合	3か月以上	2年未満 2年以上	
	⑧ ぜん場	無 有	春 夏 秋 冬	朝 昼 夜 宿 時	3週末 普通以上 多い場合	3か月以上	2年未満 2年以上	
	⑨ ぜん息(様) 発作	無 有	春 のとき	最初の発作があった日 —— () 日	直近の発作年月 ——— 年 月			直近 1 年前の月平均の直近发作回数 月平均 () 回
	⑩ 息切れ	無 有	朝 夜	1 週間時(毎日、複数回)にある	日夜動作時にある			※直近の月平均の呼吸困難发作回数 月平均 () 回
	⑪ ぜん場	無 有	朝 夜	1 かげをひいた時にある	かげをひかなくてもある			毎日ある
	⑫ 第2 気管支炎無	無 有	朝 夜	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 非支氣管炎等の病名 二つ目 三つ目 他の病名	種類	年月	第一審直立位下入院した場合は				期間 か月 か日	
⑭ 理学的所見	B 正常	右 右	左 左	心臓	心臓	有 一 無	血圧	
⑮ 総合判断	1 良好(略過)	2 寛解	3 痘状向	4 不安	5 悪化傾向	6 その他()		
最近 1 年間の状況 必ず記入してください	⑯ 有 無 の 有 無	直 近 の 状 況 内 容	直近 1 年間に各項の状況を記入して下さい。 ※若齢: 今回既方した病名を各種用法の下段に記入してください。 ※既往: 既往の病名を各種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、最初で初めて診察された年月日) ※必須項目です。必ず記入してください。 ※既往: 既往の病名を各種用法の下段に記入してください。 ※既往: 既往の病名を各種用法の下段に記入してください。					
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 姓 代 表 者 電 話 号 大 阪 市 美 代 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記入ください。 ※3 「算定発作」とは、著明な呼吸困難を伴い、呼吸停止となり、オゾンガ、意識障害を伴う発作又は発作に因むせかく発作前兆を認めるもの。 ※4 「続発発作」とは、最初に付らない程度の頻度で発作。 ○ 1枚目(本人受託用)を記入のうえ捺印し、2枚目へお渡しください。 ○ 2枚目(医療機関自己用)を署名捺印して、毎月1枚を上りまとめて、毎月10日前までに大阪府保健部医療課事務・精査グループへ、お送りください。 ○ 3枚目(医療費請求)については、届出内容について問い合わせをお受けください。お手数ですが。 ○ 文書の送付、医療費請求料の請求について、大阪府保健部医療課事務は、届出料金と納めが必要ですので、大阪府保健部医療課事務へ、お手数ですがお送りください。								

(担当機関番号) 本質能所用欄



— 請 求 用 —

公害健康被害の補償等に関する法律

(模式場 3-2 号)

見直し 月

会員登録番号	大阪	一												
氏名					性別	男・女	生年月日	製造 大正 年	年 月 日	年 齢	疾 病			
指定地図郵便番号 の既定疾患	1 喘息性気管支炎 及びその併発症	2 気管支ぜん息 及びその併発症	3 哮息性気管支炎 及びその併発症	4 肺気腫 及びその併発症										
指定地域解説後の 病状の変化によつて 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 肺気腫													
*1 認定疾病に関係のある既発症・合併症 <small>(上記既定の範囲外) (合併症)</small>					1 なし	2 あり								
*2 認定疾患有無に 関係のない併発症・随伴症					1 なし	2 あり								
認定疾患有無 及びその 併発症の 当該区分	⑦ ¹ 入院中 〔 今日の入院日数 日〕	喫煙歴				1 喫っている 〔 1 日 本〕	喫煙歴							
	⑦ ² 外来 〔 最近1か月の受診日数 日〕					2 以前は喫っていたが今は喫っていない								
	⑦ ³ 受診中 〔 上記のうち受診日数 日〕					3 初めから喫っていない								
	⑦ ⁴ 出院中止 〔 理由〕					4 禁煙を指導し、禁煙中								
④ ぜん息(様) 発作	⑧ ¹ 騒快し受診していない 〔 最終受診日月日 年月日〕	嚥下者に対する療養指導の状況及びその効果				2 禁煙を指導し、禁煙中 〔 1 日 本〕	嚥下者に対する療養指導の状況及びその効果							
	⑧ ² 最近1年間の月平均の痙攣发作回数 月平均 〔 例〕					3 禁煙を指導したが 効果なし								
	⑧ ³ 最近1年間の月平均の痙攣发作回数 月平均 〔 例〕					4 禁煙の指導を行わず								
	※1 なしの場合は□に記入。様式第3-1号を複数枚提出するときは、必ず右欄が同じとなるようにしてください。													
問 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)														
⑤ 症 状	息切れ (呼吸困難)	A	B	C	D	E								
	ぜん息 (ぜん氣様) 発作	A	B	C	D	E								
	咳と痰	A	B	C	D	E								
	※7 ④ 管理区分 認定疾患有無の範囲について	A	B	C	D	E								
⑥ 総合判断	1 治済(略治)	2 宽解	3 騒快傾向	4 不適	5 慢化傾向	6 その他()								
⑦ ※8	⑧ 内 容 の 概 要	⑨ 用 法 の 概 要	去病 医療形 式 の 概 要	抗生素	気管支拡張剤	咽管受容カルモン	アレルギー 治療 オーディ	在宅療 法	その他の医療 施設の紹介					
		内服	注射	吸入	内服	注射	吸入	内服	注射	吸入				
最近1年間の状況 ※必ず記入してください														
被場法欄: 時常使用したものには○、時々使用したものには□をしてください。 衛生機: 今回発令した衛生機を各使用法の下段に記入してください。														
⑩ 被 者 の 概 要														
被場法欄: 時常使用したものには○、時々使用したものには□をしてください。 衛生機: 今回発令した衛生機を各使用法の下段に記入してください。														
被場法欄: 時常使用したものには○、時々使用したものには□をしてください。 衛生機: 今回発令した衛生機を各使用法の下段に記入してください。														
上記のとおり報告します。														
検査実施機関 所 在 地														
名 称														
代 表 者														
電 話 番 号														
担当医師														
大阪府長あて														

庄子集解

- *1) 記者発表上の操作の有無は玉造部の判断に基づいて決めてください。

- 本邦で上記を実施し、後せて認定医師又はその難治症の治療をしてくる難治症の認定医師及びその難治症の治療区分は、既定として取扱ってください。

- 本日「連携協定」ヒ付、実現化を目指す方針を示す。施設移転となる事、テアノーザー、高齢者施設を所有する又は指揮に既思ひがたく得作新規此想となるもの。

- 第4 「體系操作」 4.1.1. 亂世江湖有令人稱道的相似處。

- ※3 「頭の中が非常に重い」と様、起床後1時間の体重計測数は上昇

- 筆者「歴史學が争い」とは、起業家と財閥の歴史学が争いである。

- また、認定基準に難解のない学年別・題材別がある場合には認定基準及びその難解性（認定基準に難解のある標準を含む）についての評議会を定めてください。

- 3.1 様式第3-1号の該割当の行頭の欄頭間に記載し、手書と同時に提出する場合には、手帳へ記入する必要はありません。

- 1枚目「本人顔写真」を記入のうえ貼り、二本人格へ封入してください。

- ◎ 2枚目(医療用紙面)生産完了報告として、毎月1ヶ月分をまとめて、毎月10日までに大阪府医療用紙面提出

- 3枚目「医療費開票」について: 収載内容について誤りがある場合がございますので必ず修改してください。

- 主要作成書：国際的標準規格主張小について。大蔵省貿易課以外の監修

- 8 -

- 1 -

卷之三

—源記更新申請 [同時障害損害賠償請求] 用一見直し

医学的検査結果報告書

性別	年齢	出生年月日	精液 大法 細胞	年	月	日	年齢	性別	
氏名									
住所									
指定廻り解剖筋の認定疾病名	1 雜性気管支炎	2 気管支ぜん息	3 肺気腫	4 級発症					
前記廻り解剖筋の状態の変化によつて認められた疾病名	1 雜性気管支炎	2 気管支ぜん息	3 肺気腫	4 級発症					
対象者	項目	検査成績	備考						
原則として全員	身体計測	身長 体重	cm kg	検査結果は該該部位に於ける検査を実施した場合、 検査項目毎に実施機関名を記入してください。					
	呼吸機能検査 (使用範囲)	予測肺活量率 肺活量 知能年齢 智力生得指数 %弱視 一秒率 一秒率 指數	ml ml ml ml %	検査結果は該該部位に於ける検査を実施した場合、 検査項目毎に実施機関名を記入してください。					
		$\frac{1}{\text{一秒率}} \times 100$	%						
		PaO ₂	mmHg	検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
		PaCO ₂	mmHg	検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
		SaO ₂	%	検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
呼吸機能検査の結果、指数が3.5以下であった者	HCO ₃	mmEq/l	検査結果の請求(公害・他法含む) 満						
	1 肺葉的體積 肺葉活動度測定	SPO ₂	%	検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
	心電図検査 (使用範囲)	1.2説明 心音図 有無	1 常在なし 2 肝臓性 3 右冠心病 4 その他異常	検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
				検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
				検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
原則として全員	胸部レントゲン検査 (使用範囲)	1.異常なし 2.その他	フィルムの 種類 C.D.	検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
				検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
				検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
				検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
				検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
				検査結果の請求(公害・他法含む) 満					
認定医又は検査の指定期判定の為 に作成せる記録と 合致した者	その他の検査								
上記のことより報告します。									
令和 年 月 日	検査実施機関 所 在 地	名 称							
		代 表 者							
		電 話 号							
大阪市長あて		相 当 医 师							

(收銀處)

- ※ 评估員の推奨、駆動出力式筋肉筋脂質、心電図等者は、障害物又は急症発現時に直面せず、開け定期に実施すること。

※ ① 予防接種はボルマジンの式によって求め。 〔男 (23.43 + 0.112 × 年齢)〕 × 身長 (cm)
〔女 (33.79 + 0.105 × 年齢)〕 × 身長 (cm)

※ ② 骨格の基準は P (mm) / 身長 (cm) で計算上式を用いる。

※ ③ 在宅生活は自立の基準にて判定する。
 1) T字、Y字の q パターンがあらわれ易
 2) 1. ない場合、他の脊椎の腰の腰椎が上がり腰椎、L/S/S-C、L/S/L/L-L、L/S/S-L/L-L、不完全右脚 フラット
 3) 4) 痛引の筋肉は腰椎筋肉腰部にによる疼痛の場合に、歩行時に○印を入れてください。

※ ④ 2 重払いを防ぐため、小者部腰椎屈筋及び臀筋等すでに請求済みの検査データをご報告された場合は、被保険「済」に「」を入れてください。

※ ⑤ レントサン、X線撮影などを検査し、他の疾患疑いで実施した場合は、検査項目の審査などにて、開院名、担当医、代表医名を記載してください。

※ ⑥ 1 検査 (大入院費用) を記入のうえ封緘し、同封料賃と併せてご入院へお譲りください。

※ ⑦ 2 検査 (腰椎筋肉腰部) を施行後了承捺印し、検査 1 月分をまとめて、毎月 1 日までに大阪府長崎町厚生課窓口受付へ郵便グループなどで、郵送下ください。

※ ⑧ 3 検査 (医療機器検査) については、医療機器について問い合わせる場合はござりますので必ず提出してください。

※ 文書作成段階、当該医療機器の大入院について、大阪府公認会員以外の他機関様は、同様大入院と割定しない必要がありますので、大阪府公認会員医療機関様、専科グループまで連絡してください。

※ 施設別算定料金より他機関様により、実際の費用は割高となる場合が有り得ます。半日料金を算定した検査の標準料金は、診療報酬算定料金で統一され、実際の費用は算定料金より多くなる場合が有り得ます。且つ既往の算定してある検査料金が算定料金より多くなる場合が有り得ます。

◎文書作成料 医学的検査料(利點料含む)については、公害治療期間の請求には含めないでください。

◎文書作成料 医学的検査科「料金料金も」について、公害症害報の請求には含めないでください。
（たとえ）公害症害報及び法務等すでに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。

三

一 診断検査費 請 求 用 一
見 直 し

公害健康被害の種類等に関する法律

医学的検査結果報告書

(株式第35号)

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

日 月 年 月 日 大阪 1 - 1 - 1 - 1

年月日 明治 大正 昭和 年 月 日 年 月 日 年 月 日

氏名	住 所	別付資料	
指定検査料の請求箇所名	1 喘息気管支炎 2 哮喘 3 咳嗽 4 緊癒症	（本人提出用）	
指定検査料の請求箇所名	1 慢性気管支炎 2 気管支ぜん息 3 肺気しう 4 緊癒症	○文書作成料、医学的検査料(判断料含む)については、公害健康被害の請求にはきめないです。ただし、公害健康被害及び他法等ですでに請求済みの検査データを「複合された場合は、備考欄「複」に「✓」を入れてください。	
対象者	年 齢 性 別 住 所 在 成 分 症 症 状	別付資料	
原則として会員	身 体 井 頭	身長 171cm 体重 65kg	本報を書類は医療機関以外で検査を実施した場合、検査項目毎に実施検査名前を記入してください。
	呼 吸 機 能 検 査	予測肺活量(%) 100% 100% 正常	年齢 年齢
	年 齢 年 齢 日 期	呼吸力 正常	性別
	(使用機種)	% 呼吸回数 15	会員登録
	1 秒量 1.0L	1 秒量 1.0L	会員登録
	1 秒量 × 100 %	1 秒量 × 100 %	会員登録
	肺活量(%)	肺活量(%)	会員登録
	PaCO ₂	PaCO ₂	会員登録
	PaO ₂	PaO ₂	会員登録
	HCO ₃	HCO ₃	会員登録
SPO ₂	SPO ₂	会員登録	
1.2 脈搏 有無 1.脈弱なし 2.弱脉P 正常	1.2 脈搏 有無 1.脈弱なし 2.弱脉P 正常	会員登録	
心電図検査	1.右室肥大 正常 4.その他異常()	会員登録	
年 齢 年 齢 日 期	会員登録	会員登録	
検査料の請求ができない場合は、検査料の請求ができないのでご注意ください。	検査報酬の請求(公害・他法含む) 満	会員登録	
胸部レントゲン検査	1.胸膜なし 2.その他の検査結果	会員登録	
年 齢 年 齢 日 期	会員登録	会員登録	
撮影方法 1.デジタル 2.アナログ	会員登録	会員登録	
検査料の請求ができない場合は、検査料の請求ができないのでご注意ください。	検査報酬の請求(公害・他法含む) 満	会員登録	
その他の検査		会員登録	

上記のことより報告します。 令和 年 月 日	検査実施機関 所在地 名 称 代 表 者 電 話 号 大 阪 市 痘 あ て 相 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、操作時間は検査場所にて実施せず、掛けつけて実施すること。

※ 1 予測肺活量がゴールドクィンの式によって求め。 $\text{男} = 32.60 + (0.33 \times \text{年齢}) - 0.03 \times (\text{身長})$
 $\text{女} = 31.78 + (0.10 \times \text{年齢}) - 0.02 \times (\text{身長})$

※ 2 呼吸Pの基準は 1 (ml) / 2 (ml) と 2.5 上位を示す。

※ 3 血液HbはWHOの標準により判定する。

1) 下限、2) 上限の4段階のうちどちらかがであれば難度 : a. Hb/Hb < 1. b. Hb/Hb > 1. c. 不定左脚アロマ

※ 4 呼吸機能検査結果による実際の検査は、※4 1 項に印を入れてください。

⑤ は私払いを防ぐため、公害健康被害及び他法等で請求済みの検査データをご提出された場合は、請求欄「満」に「✓」を入れてください。

⑥ レントゲン、呼気機能などの検査等、他の医療機関で実施した場合は、検査結果の検査欄に記載ください。検査名、所用機、検査者名を記載してください。

⑦ 1枚目(本人提出用)を回入のうえ提出し、添付資料と併せてご本人様へお渡しください。

⑧ 2枚目(保健所提出用)を実施完了報告として、毎月1か月分をまとめ、毎月1日付までに大阪府保健所管理検査室、検査グループまで送付ください。

⑨ 3枚目(検査機関提出)について、記載内容について問い合わせがある場合はござりますので必ず係留してください。

⑩ 文書内記載、括弧内の検査料の支払料について、大阪府認定会員以外の医療機関は、認定大阪市と実施が必要です。大阪府保健所内管理検査室、検査グループまで連絡してください。

⑪ 認定料(検査料)および検査基準により、医療的検査は貢献、認定し若が属する月の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削除、検査報酬等でご請求ください。

(例) 見直し月(株式第35号有上規制)が4月になつている場合、3か月前の1月以前に実施した検査料が算入となり、2月以前に実施した検査料は本表での支払い対象外となります。

1	1	1	-	-
-	-	-	-	-

(扶助機関責任) 未実施件数



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

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

一遺族補償費・遺族補償一時金・葬祭料請求用一

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	調査 才	
氏名			<small>認定地域別診断の 認定期限内 認定地域別診断の 病状の変化によって 認められた病名</small>						
			<small>1. 慢性気管支炎 2. 気管支ぜん息 3. ぜん息性気管支炎 4. 咳嗽 5. 及びその細胞症 及びその細胞症 6. 及びその細胞症 41. 慢性気管支炎 42. 気管支ぜん息 44. 咳嗽 45. 細胞症 ()</small>						
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡場所							
死亡原因									
	直死原因	併合の原因	併合の原因	併合の原因	直死原因に該当しないが、他の原因で死んだと想われる場合は、該原因に該当した原因を記入				
	病名								
期間									
受療状況	病名		施院の状況					入院の状況	
	主病名	1	継続的に外来受診	継続的に外来受診	周囲に住む		年月日より		
		2	継続的に外来受診	継続的に外来受診	周囲に住む		年月日まで		
		3	継続的に外来受診	継続的に外来受診	周囲に住む		入院先医療機関名 ()		
	併発病名	1	継続的に外来受診	継続的に外来受診	周囲に住む				
		2	継続的に外来受診	継続的に外来受診	周囲に住む				
		3	継続的に外来受診	継続的に外来受診	周囲に住む				
	死亡前の 経過の概要	<small>※1. 認定疾患の症状・治療内容や経過を、他疾患の状態も含めて詳しくお書き下さい。 ※2. 死亡診断(死体検査)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。</small>							
認定疾患と 死亡の関連	<small>1. 認定疾患により死亡したか、明らかに認定疾患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、認定疾患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、認定疾患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. 認定疾患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) 〔該当する数字を1つだけ〇で囲んで下さい。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。〕</small>								
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 医師					
大阪市長あて									

(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。
 ・認定疾患を評価し得る資料としての血液検査、胸部画像及びその撮影所見
 ・死亡を推定し得る資料としての血液検査、画像及びその撮影所見
 (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) 保健所登録欄

ご不明な点がございましたら、健康局大阪府保健所警護課検査・給付グループまでお問い合わせ下さい。(電話: 06-6647-0793)

水泳教室参加への診断書(主治医記入)

ふりがな 患者氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日
--------------	--	-----	------	----------

下記の状況により、水泳教室参加 (どちらかに○をしてください)

可 ・ 否 (理由)

記

1 疾病名及び発作型分類

疾病名				
発作分類型	間欠型	・ 軽症持続型	・ 中等症持続型	・ 重症持続型

2 上記の疾患で現在使用中の薬剤名の記入をお願いします

	定期			発作時	
	薬品名	用量	用法	薬名	用量
内服薬					
吸入薬					
注射薬					
貼り薬					

3 最近1ヶ月における、ぜん息の発作について

(1) ほとんど毎日 (2) 月に____回くらい (3) なし

4 気管支喘息以外の病気について (病名及び治療薬等をお教えください)

(1) あり → [
(2) 特になし]

5 使用禁忌としている薬品 (過敏症、発疹などの副作用のため)

(1) あり → [
(2) 特になし]

6 従来から診療上、ご指導されていることをお教えください

(1) 薬物指導 (2) 吸入指導 (3) 発作時の対処法 (腹式呼吸・飲水・服薬等) (4) 定期受診について
 (5) ピークフロー (6) ぜん息日誌 (7) 体力づくり・運動療法について (8) 環境整備について
 (9) その他 []

7 最近のアレルギーの状態について

(1) 検査時期 年 月 (歳頃)

[
(2) ショックなどの強いアレルギー症状を起こすアレルゲンがあれば書きください]

[
(3) 現在、除去が必要な食品と除去の程度をお書きください]

8 その他、注意することができればご記入ください

[]

令和 年 月 日

医療機関コード
医療機関所在地
名称
電話
医師氏名

--

転地療養事業参加への診断書

患者氏名		男・女	生年月日	T-S 年 月 日
公害医療手帳の記号番号	大阪			
認定疾病	慢性気管支炎・気管支ぜん息・ぜん息性気管支炎・肺気腫			

下記の状況により、転地療養への参加（可・否）（どちらかに○をつけてください）

1 最近の認定疾病の治療状況等について

(1) 参加中の応急処置の参考にしますので、現在治療に使用している薬品名・用量・用法をご記入ください。

	定期			発作時	
	薬品名	用量	用法	薬品名	用量
内服薬					
吸入薬					
注射薬					
貼り薬					

(2) 最近1ヶ月における、ぜん息の発作について

① ほとんど毎日 ② 月に___回くらい ③ なし

2 3か月以内の入院について

- (1) あり → 病院名 時期 入院理由
 (2) なし H. R. ~ H. R.

3 認定疾病以外の病気について（病名及び治療薬等をお教えください。）

- (1) あり → 病院名 治療薬等
 (2) 特になし

4 使用禁忌としている薬品（過敏症、発疹などの副作用のため）

- (1) あり → []
 (2) 特になし

5 従来から診療上、特に注意している点

- (1) あり → []
 (2) 特になし

6 その他、身体面・精神面等で注意するがあればご記入ください。（難聴・弱視・認知症等）

[]

令和 年 月 日 医療機関コード
 医療機関所在地
 名 称
 電 話
 医師氏名