

令和 8 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 8 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に努め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9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8年4月1日～令和9年3月31日

ただし、契約日が令和8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。

オ 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8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 納税義務者にあつては、最近１年間に於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８年１２月２９日～令和９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8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 _____

医 療 機 関 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遺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

公 害 医 療 手 帳 号 大 阪 市 公 害 医 療 手 帳 号	大 阪 市 公 害 医 療 手 帳 号	— 大気系公害健康被害 認定更新申請用 —		
氏 名	フリガナ	性 別	男 ・ 女	
生年月日	大 正 昭和 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	
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	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 咳	有 無	有 無	
	⑧ 痰	有 無	有 無	
	⑨ ぜん息(様) 発作	有 無	有 無	
	⑩ 息切れ	有 無	有 無	
	⑪ ぜん喘	有 無	有 無	
	⑫ ※2 気管支炎 発作	有 無	有 無	
	⑬ 認定疾病及びその 続発症による入 院の回数	有 無	有 無	
	⑭ 理学 的 所 見	肺 乾性ラ音 湿性ラ音 心臓 心音 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	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。	
⑰ 経 過 の 概 要		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。空白とせず。最近 1 年間は前年度以降、現在までの状況について必ず記入ください。 ※認定疾病の病像の変化により他の認定疾病に変更、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記入ください。		
上記のとおり診断します。		医 療 機 関 所 在 地		
令和 年 月 日		名 称		
大 阪 市 長 あ て		代 表 者		
		電 話 番 号		
		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には必ずご記入ください。
- ※3 「常時発作」とは、夜間や呼吸困難を伴い、酸素吸入や、チアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治癒に反応しにくく発作頻度状態となるもの。
- ※4 「軽度発作」とは、重症に達しない程度の軽い発作。
- 1 枚目(本人用)を記入のうえ横断し、ご本人様へお渡しいたください。
- 2 枚目(医療機関用)を医療認定報告として、毎月1か月分をとりまとめて、毎月10日までに大阪府保健所管理課へ、封付グループまで、お送りください。
- 3 枚目(医療機関用)については、診療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、別途大阪府と契約が必要ですので、大阪府保健所管理課へ、封付グループまで連絡してください。

(医療機関番号) ※医療機関用欄

※受付印

令和7年8月作成

見直し 月

公 民 登 録 手 帳 番 号 大 阪 市 民 登 録 手 帳 番 号		氏 名		性 別 男 ・ 女		生 年 月 日 大 正 昭和 年 月 日		年 齢		職	
指定地域解除前の 指定疾病名		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		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							
① 入院中 ② 外来 ③ 受診中 ④ 治療中断 ⑤ 軽快し受診していない		① 入院中 ② 外来 ③ 受診中 ④ 治療中断 ⑤ 軽快し受診していない		① 喫煙している ② 以前は喫煙していたが今は喫煙していない ③ 初めから喫煙していない ④ 禁煙を指導し、禁煙中 ⑤ 禁煙を指導し、節煙中 ⑥ 禁煙を指導したが効果なし ⑦ 禁煙の指導を行わず		① 喫煙している ② 以前は喫煙していたが今は喫煙していない ③ 初めから喫煙していない ④ 禁煙を指導し、禁煙中 ⑤ 禁煙を指導し、節煙中 ⑥ 禁煙を指導したが効果なし ⑦ 禁煙の指導を行わず		① 喫煙している ② 以前は喫煙していたが今は喫煙していない ③ 初めから喫煙していない ④ 禁煙を指導し、禁煙中 ⑤ 禁煙を指導し、節煙中 ⑥ 禁煙を指導したが効果なし ⑦ 禁煙の指導を行わず		① 喫煙している ② 以前は喫煙していたが今は喫煙していない ③ 初めから喫煙していない ④ 禁煙を指導し、禁煙中 ⑤ 禁煙を指導し、節煙中 ⑥ 禁煙を指導したが効果なし ⑦ 禁煙の指導を行わず	
⑧ ぜん息（様） 発作		⑧ ぜん息（様） 発作		⑧ ぜん息（様） 発作		⑧ ぜん息（様） 発作		⑧ ぜん息（様） 発作		⑧ ぜん息（様） 発作	
⑨ ぜん息（様） 発作		⑨ ぜん息（様） 発作		⑨ ぜん息（様） 発作		⑨ ぜん息（様） 発作		⑨ ぜん息（様） 発作		⑨ ぜん息（様） 発作	
⑩ ぜん息（様） 発作		⑩ ぜん息（様） 発作		⑩ ぜん息（様） 発作		⑩ ぜん息（様） 発作		⑩ ぜん息（様） 発作		⑩ ぜん息（様） 発作	
⑪ ぜん息（様） 発作		⑪ ぜん息（様） 発作		⑪ ぜん息（様） 発作		⑪ ぜん息（様） 発作		⑪ ぜん息（様） 発作		⑪ ぜん息（様） 発作	
⑫ ぜん息（様） 発作		⑫ ぜん息（様） 発作		⑫ ぜん息（様） 発作		⑫ ぜん息（様） 発作		⑫ ぜん息（様） 発作		⑫ ぜん息（様） 発作	
⑬ ぜん息（様） 発作		⑬ ぜん息（様） 発作		⑬ ぜん息（様） 発作		⑬ ぜん息（様） 発作		⑬ ぜん息（様） 発作		⑬ ぜん息（様） 発作	
⑭ ぜん息（様） 発作		⑭ ぜん息（様） 発作		⑭ ぜん息（様） 発作		⑭ ぜん息（様） 発作		⑭ ぜん息（様） 発作		⑭ ぜん息（様） 発作	
⑮ ぜん息（様） 発作		⑮ ぜん息（様） 発作		⑮ ぜん息（様） 発作		⑮ ぜん息（様） 発作		⑮ ぜん息（様） 発作		⑮ ぜん息（様） 発作	
⑯ ぜん息（様） 発作		⑯ ぜん息（様） 発作		⑯ ぜん息（様） 発作		⑯ ぜん息（様） 発作		⑯ ぜん息（様） 発作		⑯ ぜん息（様） 発作	
⑰ ぜん息（様） 発作		⑰ ぜん息（様） 発作		⑰ ぜん息（様） 発作		⑰ ぜん息（様） 発作		⑰ ぜん息（様） 発作		⑰ ぜん息（様） 発作	
⑱ ぜん息（様） 発作		⑱ ぜん息（様） 発作		⑱ ぜん息（様） 発作		⑱ ぜん息（様） 発作		⑱ ぜん息（様） 発作		⑱ ぜん息（様） 発作	
⑲ ぜん息（様） 発作		⑲ ぜん息（様） 発作		⑲ ぜん息（様） 発作		⑲ ぜん息（様） 発作		⑲ ぜん息（様） 発作		⑲ ぜん息（様） 発作	
⑳ ぜん息（様） 発作		⑳ ぜん息（様） 発作		⑳ ぜん息（様） 発作		⑳ ぜん息（様） 発作		⑳ ぜん息（様） 発作		⑳ ぜん息（様） 発作	
㉑ ぜん息（様） 発作		㉑ ぜん息（様） 発作		㉑ ぜん息（様） 発作		㉑ ぜん息（様） 発作		㉑ ぜん息（様） 発作		㉑ ぜん息（様） 発作	
㉒ ぜん息（様） 発作		㉒ ぜん息（様） 発作		㉒ ぜん息（様） 発作		㉒ ぜん息（様） 発作		㉒ ぜん息（様） 発作		㉒ ぜん息（様） 発作	
㉓ ぜん息（様） 発作		㉓ ぜん息（様） 発作		㉓ ぜん息（様） 発作		㉓ ぜん息（様） 発作		㉓ ぜん息（様） 発作		㉓ ぜん息（様） 発作	
㉔ ぜん息（様） 発作		㉔ ぜん息（様） 発作		㉔ ぜん息（様） 発作		㉔ ぜん息（様）<					

注意事项

- ※1 認定病院との関係の有無は本自治体の有無に基づいて決めてください。
- ※2 他府により入居し、併せて認定医療及びその感染症の診療をしている場合は認定医療及びその感染症の診療区分は、併せて取扱ってください。
- ※3 「重症発作」とは、清明な呼吸状態となり、起死呼吸となり、チアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治療に反応しがく発作発覚状態となるもの。
- ※4 「軽微発作」とは、重症に至らない程度の軽微発作。
- ※5 「痰の量が非常に多い」とは、起床後1時間の痰量が10ml以上程度
- ※6 「痰の量が多い」とは、起床後1時間の痰量が3-10ml程度
- ※7 認定病院に同等のない感染症・症状がある場合には認定医療及びその感染症（認定病院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。
- ※8 続行第31号の事業者の経過の観察態に鑑み、本表と同時に発注する場合は、本欄へ記入する必要はありません。
- 1次目（本人顔面図）を記入のうえ鑑査し、ご本人様へお返しください。
- 2次目（保健医鑑査用）を保健医了鑑査として、毎月1日およびとりまとめ、翌月10日までに大阪府保健所管理課へ、郵付で郵送してください。
- 3次目（医師鑑査用）については、鑑査内容について問い合わせる場合がござりますので必ず保管してください。
- 文書作成時、医学的適合性のおおきくない場合は、大阪府保健所管理課へお問い合わせください。例えば上記と相性が必ずあるため、大阪府保健所管理課へ、郵付で郵送してください。

〔医書分類番号〕 東漢書所使部類

15

今期7年8月作歲

医学的検査結果報告書

無	有	呼吸機能検査バーバー
無	有	心電図バーバー
無	有	レントゲン(フィルム)
無	有	レントゲン(CD)

(本人提出用)

○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めないでください（ただし、公害診療報酬及び他法等すでに請求済みの検査データをこの報告された場合は、備考欄「

【注意事項】

- ※ 呼吸機能検査、胸部ガス量検査、心電図検査等は、発作時又は急性増悪時に実施せず、落ち着いて実施すること。
- ※ 1 予備検査はゴールドマンの式によって求める。

$\text{男} \quad (27.62 - 0.112 \times \text{年齢}) \times \text{身長 (cm)}$
 $\text{女} \quad (23.78 - 0.101 \times \text{年齢}) \times \text{身長 (cm)}$
- ※ 2 男性予備検査は $P \text{ (mm)}/3 \text{ (mm)}$ (25以上を用いる)。
心電図は WHO の基準により判定する。
- ※ 3 12 誘導の Q のパターンが以下の通り。

1) 1) がない場合、次の 3 項目のうち 2 項目がなければ異常：a. $R/S \leq 1$ 、b. $R/S \geq 1$ 、c. 不完全右分枝パターン

2) 1) があっても、次の 3 項目のうち 2 項目がなければ異常：a. $R/S \leq 1$ 、b. $R/S \geq 1$ 、c. 不完全右分枝パターン
- ※ 4 最終的動脈血酸素飽和度測定による実施の場合は、表 4-1 欄に \square 印を入れてください。
- ※ 2 症例を問わず、公営診療機関及び指定医療等で実施した検査項目をご報告された場合は、報告欄「注」に「✓」。
- ※ レントゲン、呼吸機能などの検査を、他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、代表者氏名を記入してください。
- ※ 1 枚目 [本人使用用] を記入のうえ集約し、郵付資料と併せてご本人様へお渡しいください。
- ※ 2 枚目 [関係者使用用] を業務終了報告として、毎月 1 回分を送りたまわり、翌月 10 日までに大阪市保健所看護課へ送付してください。
- ※ 3 枚目 [医療機関用] のについては、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併せてください。
- ※ 文部科学省、医学的検査科の認定医について、大阪府医師会以外の関係機関は、別途大阪市と提携が必要ですので、大阪市医師会に問い合わせください。
- ※ 施行期間が翌年度以降にもなり、医学的検査室は集約・見直し月算のうちの 3 か月前から希望により変更。それ以降に実施し、4 年間の観察期間終了翌年 4 月中に提出する方は集約・見直し月算の 1 月以降に実施した検査が対象になります。12 月以前に実施した検査は対象外です。

[illegible]

〔医療機関番号〕 医療機関使用部

家委們

認定死亡患者主治医診断報告書

資料資料

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—

公費医療手帳 記 号 番 号	大 阪 一	性 別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年 令	調 査 者
氏 名	認定難病療育の 認定 病 名 認定難病療育後の 病像の変化によっ て認められた別名		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 気 腫 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 41. 慢性気管支炎 42. 気管支ぜん息 44. 肺気腫 45. 続発症 ()							
死 亡 年 月 日	令 和	年	月	日	死亡場所					
死 亡 原 因										
	直接的死因	併発の原因	併発の原因	併発の原因	併発の原因	直接に死因に關聯しないが、 併発原因に影響を受けた疾病等				
	病 名									
	期 間									
受 療 状 況	病 名	通 院 の 状 況			入 院 の 状 況					
	主 病 名	1	継続的に外来受診	断続的に外来受診	通 院 に 往 診	年 月 日 より				
		2	継続的に外来受診	断続的に外来受診	通 院 に 往 診					
		3	継続的に外来受診	断続的に外来受診	通 院 に 往 診					
	併 発 病 名	1	継続的に外来受診	断続的に外来受診	通 院 に 往 診	年 月 日 まで 入院先医療機関名 ()				
		2	継続的に外来受診	断続的に外来受診	通 院 に 往 診					
		3	継続的に外来受診	断続的に外来受診	通 院 に 往 診					
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、他疾病の状況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までを囲ん 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） ◎ 厳封してお渡し下さい。

(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
- ・死亡を鑑定する資料としての血液検査、画像及びその読影所見
- ・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

【適應證】 1. 保健性使用。

[illegible]

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

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 (提出書類① 9/25まで)

患者氏名		男・女	生年月日	昭和	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						

転地療養への参加 可 ・ 不可 (どちらかに○をしてください)
 (不可の場合、理由)

○ 参加可能な場合は以下の内容をご記入ください

1 最近の認定疾病の治療状況等について

(1) 現在、治療に使用している薬品名及び、用法・用量をご記入ください

	定期		発作時	
	薬品名	用法・用量	薬品名	用法・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 月に__回くらい ② 年に__回くらい ③ ほとんどない

2 認定疾病以外の病気について (疾患名及び治療薬等をお教えてください)

(1) あ り →	疾患名	治療薬等
(2) 特になし		

3 1か月以内の入院について (作成時点)

(1) あ り →	疾患名	時期	入院理由
(2) な し		～	

4 使用禁忌としている薬品について (薬品名と使用禁忌とする理由をお教えてください)

(1) あ り →
 (2) な し

5 従来から診療上、特に注意している点について

(1) あ り →
 (2) な し

6 その他、事業への参加にあたり、注意することがあればご記入ください

(例) 右耳に難聴があるため、○〇してください。認知症があるため、△△接してください。

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

--