

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

公 告 号 判 定 申 请 用

大阪 一 二 三 四 五 六

一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 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 肺気しう 及びその続発症																				
指定地域解除後の病像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 肺気しう	4 続発症																				
※1 認定疾病に関係のある続発症・合併症 [上記以外の肺動脈・合併症]	1 なし	2 あり																						
※1 認定疾病に関係のない併発症・隣伴症	1 なし	2 あり																						
最近1年間の症状状況	右無につけ 有のとき ⑦せき	右無につけ 有のとき ⑦せき	1年のうちでよくできる 季節はいつか 春 夏 秋 冬 朝 昼 夜 骨幹	1日のうちで いつでるか 3週未満 3週以上 1ヶ月未満 1ヶ月以上	1年のうち持続はどうか 3ヶ月未満 3ヶ月以上 1ヶ月未満 1ヶ月以上	右の症状・持続期間が該けて 何年ぐらいにわたつてあるか 2年未満 2年以上																		
	右無につけ 有のとき ⑦せき	右無につけ 有のとき ⑦せき	春 夏 秋 冬 朝 昼 夜 骨幹	3週未満 3ヶ月以上 1ヶ月未満 1ヶ月以上	3ヶ月未満 3ヶ月以上 1ヶ月未満 1ヶ月以上	2年未満 2年以上																		
	⑦ぜん息(様)発作	無 有	右のとき ⑦ぜん息(様)発作	最初の発作があった時()歳 直近の発作年月年 月	直近1年間の月平均の発作回数 月平均()回 直近1年間の月平均の発作回数 月平均()回	直近1年間の月平均の発作回数 月平均()回 直近1年間の月平均の発作回数 月平均()回																		
	⑦息切れ	無 有	右のとき ⑦息切れ	1 運動時(歩行・階段昇降時)にある	2 日常動作時にある	3 常時ある																		
	⑦ぜん鳴	無 有	右のとき ⑦ぜん鳴	1 かぜをひいた時にある かぜをひかなくてもある	2 かぜをひかなくてもある	3 毎日ある																		
	⑦第2気管支炎看護	無 有	右のとき ⑦第2気管支炎看護	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	回																			
	⑦認定疾病及びその続発症による入院の既往	無 有	右のとき ⑦認定疾病及びその続発症による入院の既往	無 有	右のとき ⑦認定疾病及びその続発症による入院の既往	年 月 から 年 月 まで	期間 か月 日																	
	⑦理学的所見	肺-----乾性喀痰 湿性喀痰	右 右	左 左	心臓 ----- 心雜音 有・無	血圧 -----																		
	⑦総合判断	1 治癒(略治) 2 完解 3 軽快傾向 4 不変 5 慢化傾向 6 その他()																						
	最近1年間の状況	<p>⑦治療内療法(有の者)の実用法</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">治療名</td> <td colspan="2">使用法欄: 常時使用したものには○、時々使用したものには○をしてください。</td> </tr> <tr> <td>去痰 鎮咳 内服 注射 吸入</td> <td colspan="2">乳生胃腸 気管支炎強制</td> <td>潤滑皮質ホルモン 抗アレルギー 薬 その他の 治療法</td> <td>抗アレルギー 薬 その他の 治療法</td> <td>在宅療養 その他の 治療法</td> <td>その他の治療法</td> </tr> <tr> <td colspan="7">※必ず記入してください。</td> </tr> </table> <p>⑦既往の概要</p> <p>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)</p> <p>*必須項目ですので空白とせず、直近1年間未だ未診断・既往までの状況について必ず記入ください。</p> <p>*認定疾病の病像の変化により他の診断疾病に変更、追加する場合は、その診断及び認定疾病との臨床的関連性についてご記入ください。</p>							治療名	使用法欄: 常時使用したものには○、時々使用したものには○をしてください。		去痰 鎮咳 内服 注射 吸入	乳生胃腸 気管支炎強制		潤滑皮質ホルモン 抗アレルギー 薬 その他の 治療法	抗アレルギー 薬 その他の 治療法	在宅療養 その他の 治療法	その他の治療法	※必ず記入してください。					
治療名	使用法欄: 常時使用したものには○、時々使用したものには○をしてください。																							
	去痰 鎮咳 内服 注射 吸入	乳生胃腸 気管支炎強制		潤滑皮質ホルモン 抗アレルギー 薬 その他の 治療法	抗アレルギー 薬 その他の 治療法	在宅療養 その他の 治療法	その他の治療法																	
※必ず記入してください。																								

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

代 表 者

電 話 番 号

大 阪 市 長 あ て

担当 医 师

注意事項

(医療機関番号) *受取所使用欄

※1 認定疾病との関係の有無は生活圈の割合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 「重症発作」とは、嘔吐を伴う呼吸困難となり、チアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治療に反応しづらく発作累積状態となるもの。

※4 「軽症発作」とは、意識に至らない程度の軽い発作。

○ 1枚目(本人捺印用)を記入のうえ戻附し、ご本人様へお渡しください。

○ 2枚目(保健師提出用)を保健師が報告として、毎月1か月分をまとめて、毎月10日までに大阪市公害健康被害調査書・給付グループ別で、お渡しください。

○ 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はござりますので必ず保健師へお渡しください。

○ 文書作成料、医学的検査料のお支払いについて、大阪府認知負担以外の医療機関は、大阪府大阪市と契約が必要でないので、大阪市医療費控除申請書・給付グループまで連絡してください。



令和7年8月作成

—障害補償費 請 求 用—
見直し公告健康被害の補償等に関する法律
公告健康被害認定患者 主治医診断報告書

(様式第3-2号)

見直し 月

会員登録番号	大阪	一						
氏名 フラガナ								
性別	男	年齢	歳					
生年月日	大正 年 月 日							
指定地図解除前の認定疾病名	1 慢性気管支炎 及びその既発症	2 気管支ぜん息 及びその既発症	3 肺ぜん息性気管支炎 及びその既発症	4 肺気しう 及びその既発症				
指定地図解離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 肺気しう 4 既発症							
※1 認定疾病に關係のある既発症・併合症 (上記以外の既発症・併合症)								
1 なし 2 あり ()								
※2 認定疾病に關係のない併発症・隨伴症								
1 なし 2 あり ()								
認定疾病 及びその既 発症の 治療区分	① 入院中 (今期の入院日数 日)	喫煙歴	1 喫っている (1日 本)	年				
	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					
	③ 受診中 (上記のうち往診日数 日)		3 初めから喫っていない					
	④ 治療中止 (理由)		1 禁煙を指導し、禁煙中					
	⑤ 軽快し受診していない (最初受診年月日 年 月 日)		2 禁煙を指導し、禁煙中 (1日 本)					
⑥ ぜん息 (様) 発作	3 禁煙を指導したが (理由) 効果なし							
直近1年間の月平均の既発症発作回数	月平均 (回)							
直近1年間の月平均の既発症発作回数	月平均 (回)							
※1なしの場合は0日で記入し、様式第3-2号を併せて提出するときは、必ず0日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 会員又は被害者の嘔吐その他の嘔吐がありとをするに至るがゆが B 体をかけたば50メートル歩くことができない	C 会員の嘔吐が嘔吐の回数に随(そ)く多くなるが、嘔吐の回数が増加するに随(そ)く嘔吐の回数も増加する	D 平均で何回朝の嘔吐を人と同様にとらえられるが、嘔吐回数は4回以上ある	E 朝と夜がいいか、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 直近の發作が嘔吐を随(そ)くして月平均10回以上であるか、又は嘔吐の回数 (回) が直近を随(そ)くして月平均10回以上である	B 直近の發作が嘔吐を随(そ)くして月平均10回以上であるか、又は嘔吐の回数 (回) が直近を随(そ)くして月平均10回以上である	C 直近の發作が嘔吐を随(そ)くして月平均10回以上であるか、又は嘔吐の回数 (回) が直近を随(そ)くして月平均10回以上である	D 嘔吐の發作が平均して月平均1回以上である	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 常に咳及び痰があり、かつ、痰の量が多い (多い) か、又は痰の毎日の量が量である	B 常に咳及び痰があり、かつ、痰の量が多い (多い) か、又は痰の毎日の量が量である	C 常に咳痰が量がある様、常に咳及び痰がある	D 常に咳痰が量がある様、常に咳及び痰がある	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 既発症及びその既発症について								
⑤ 総合判断 1 治癒 (略治) 2 支解 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 ※必ず記入してください。	⑥ 治療 ※8 内容 ※9 治療の概要	使用法欄: 常時使用したものには○、時々使用したものには○をしてください。 欄名欄: 今回始方した薬名を各使用法の下欄に記入してください。						
		治療	点滴 内服 注射 吸入	抗生素 内服 注射 吸入	気管支炎強剤 内服 注射 吸入	間質皮膚カルモン 内服 注射 吸入	抗アレルギー 内服 注射 吸入	在宅酸素 その他 治療 法
		※9 薬名	※9 薬名 (有・無)					
⑩ 症状 直近1年間または初診日以後、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。								
医療機関所在地 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 他病により入院し、併せて認定疾病及びその既発症の治療をしている場合は認定疾病及びその既発症の治療区分は、外来として取扱ってください。

※3 「重症發作」とは、重篤な呼吸困難を伴い、起立呼吸となり、チアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治療に反応しがたき発作累積状態となるもの。

※4 「軽症發作」とは、重篤に至らない程度の軽い発作。

※5 「痰の量が非常に多い」とは、絶対量1時間の痰量が10ml以上程度

※6 「痰の量が多い」とは、絶対量1時間の痰量が3-10ml程度

※7 認定疾病に隣接しない既発症・隣伴症がある場合は認定疾病及びその既発症(認定疾病に隣接のある疾患を含む)についての管理区分を定めてください。

※8 様式第3-1号の診断書の既往の既発症欄に記載し、本欄と同時に記す場合は、本欄へ記入する必要はありません。

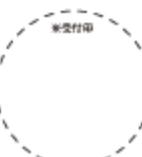
○ 1枚目 (本人医師用) を記入のうえ捺印し、ご本人様へお渡しください。

○ 2枚目 (保健医署用) を記入のうえ捺印して、毎月1か月分をとりまとめ、翌月10日までに大阪市保健医署医療課審査・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はござりますので必ず保健医署へお問い合わせください。

○ 大阪市医師会、医師の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、大阪府医師会管轄医療、新規グループまで連絡してください。

〔医療機関番号〕※受取済使用欄



令和7年8月作成

一 諸客被償費 請 求 用 一
見 直 し

公害健康被害の被償等に関する法律

医学的検査結果報告書

(様式第35号)

会 員 権 利 事 会 大阪 一

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	フリガナ	生年月日	大正 昭和	午 月 日	午 時	午 暮
住 所						
指定地域解禁前 の既定疾患名	1 慢 性 気 管 支 炎	2 気 管 支 ゼ ン 息	3 哮 み 慢 性 気 管 支 炎	4 肺 及 び そ の 炎 発 症		
及 び そ の 級 発 症	及 び そ の 級 発 症	及 び そ の 級 発 症	及 び そ の 級 発 症	及 び そ の 級 発 症		
既定地域解禁後 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 哮み慢性気管支炎	4 肺気しゆ	5 統発症	
対 象 者	項 目	検査成績			備 考	
医療として全員	身 体 計 測	身 長	—	cm	日本報告事件医療機関以外で検査を実施した場合、 検査項目に実施医療機関名を記入してください。	
		身 体 重	—	kg	医療機関 _____	
	呼 吸 機 能 検 査	予 預 肺 活 量 ■ 1	—	mℓ	所 在 地 _____	
		肺 活 量	—	mℓ	代 表 者 名 _____	
	今 関 年 月 日 実 検	要 力 性 肺 活 量	—	mℓ		
	使 用 呼 吸 器 の 呼 吸 頻 度 の 号 号 に 口 を し て く だ さ い。	% 時 価 量	—	%		
	1 秒 量	—	mℓ			
	1 秒 量	—	%			
	指 数 : 1 秒 量 × 100	—	%			
	予 預 肺 量	—	%			
呼 吸 機 能 検 査 の 結 果 が 3.5 以 下 で あ っ た 者	肺 脈 血 ガス 脈 血 气 検 定	P a O ₂	—	mmHg	診療報酬の請求(公害・他法含む) 決	
		P a C O ₂	—	mmHg	医療機関 _____	
	今 関 年 月 日 実 検	S a O ₂	—	%	所 在 地 _____	
	* 4 もしくは *	H C O ₃	—	mmol/L	代 表 者 名 _____	
	1 絶 呼 吸 血 液 血 酸 素 離 和 氧 酸	S P O ₂	—	%		
		1.2 摘導 有 無	1 呼 吸 な し		診療報酬の請求(公害・他法含む) 決	
		心 電 図 検 査	心音図 有 無	2 呼 吸 P ■ 2		医療機関 _____
				3 右室肥大 ■ 3		所 在 地 _____
				4 その他の異常 ()		代 表 者 名 _____
	検査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。					
	胸 部 レ ン ト ゲ ン 検 定	1. 呼 吸 な し			診療報酬の請求(公害・他法含む) 決	
	今 関 年 月 日 実 検	2. その他の			医療機関 _____	
	撮影方法	1 デジタル	2 アナログ		大 脊	所 在 地 _____
					大 肺	代 表 者 名 _____
					小 肺	
					その他の	
					C D	
	そ の 他 の 検 査					

上記のとおり報告します。

医 療 機 関 所 在 地

令 和 年 月 日

名 称

代 表 者

電 話 番 号

担 当 医 師

大 阪 市 長 あ て

(注意事項)

○ 呼吸機能検査、動脈血ガス検査、心電図検査等は、発作時又は急性増悪時に実施せず、開けた時に実施すること。

※ 1 予測肺活量はボルドウインの式によって求める。男 (27.63 - (0.112 × 年齢)) × 身長 (cm)

※ 2 呼吸 P の基準は P (mm/Hg) 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) V E, V T の qT 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/S < 1, b. R/SV1 > 1, c. 不完全右室プロック

※ 4 類次の動脈血酸素濃度と度量定による実施の基準は、※ 4 1 個に○印を入れてください。

○ 2 重扱いを防ぐため、公害診療報酬及び他法等ですでに請求済みの検査データをご報告された場合は、備考欄「特」に「×」を入れてください。

○ 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、検査項目の患者欄ごとに、医療機関名、所在地、代表者名を記載してください。

○ 1 収口(本人提出用)を添入のうえ撮影し、添付資料と併せてご本人様へお渡しください。

○ 2 収口(医療機関用)を実施完了報告として、毎月 1 カ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審査・給付グループまで送達してください。

○ 3 収口(医療機関)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、大阪府医師会員以外の医療機関は、派遣大数旨と算出が必要ですので、大阪府保健所管理課審査・給付グループまで連絡してください。

○ 指定料金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削除、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年度の支払い対象外になります。)

医療機関番号	医療機関使用欄
—	—
—	—

令和 7 年 8 月作成

◎ 文書作成料、医学的検査料(料金料含む)については、公害診療報酬及び他法等で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「決」に「×」を入れてください。

※ 1 に「×」を入れてください。



(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

附 有	呼吸機能検査レポート
附 有	心電図レポート
附 有	レントゲン(フィルム)
附 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	大阪一	性別	男・女	生年月日	年齢 大正 昭和	年月日	年令	調査	提出用 ◎謹封してお渡し下さい。
氏名	認定地域別診断前の 既往疾患名 既定地域別診断の 病歴の変化によつて 認められた病名								
死亡年月日	令和年月日	死亡場所							
死亡原因	1 ①直接死因 ②③の原因 ④⑤の原因 ⑥⑦の原因								
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	継続的に外来受診	通院に往診	年月日	より		
		2	継続的に外来受診	継続的に外来受診	通院に往診	年月日	まで		
		3	継続的に外来受診	継続的に外来受診	通院に往診	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	通院に往診			
		2	継続的に外来受診	継続的に外来受診	通院に往診				
	3	継続的に外来受診	継続的に外来受診	通院に往診					
死亡前の 経過の概要	※1. 認定疾病的症状・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。								
認定疾患と 死亡の関連 (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。	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)								
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>令和年月日 医療機関所在地 名 称 大阪市長あて 医師</p>									

(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、經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)

患児氏名		男・女	生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日
------	--	-----	------	------------------------

水泳教室への参加 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 疾患名及び発作型分類

疾患名	
発作分類型	間欠型 · 軽症持続型 · 中等症持続型 · 重症持続型

※本事業は気管支ぜん息(疑いも含む)と診断されている児童が対象であるため、ぜん息性気管支炎等のみの診断ではご参加いただけません。

2 上記について現在使用中の薬品名及び、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				

3 最近1か月における、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

4 気管支ぜん息以外の病気について(疾患名及び治療薬等をお教えください)

- (1) あ り →
(2) な し

]

5 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ください)

- (1) あ り →
(2) 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服薬について ②吸入について ③発作時の対処法について
 ④自己管理について(ピークフローメーター・ぜん息日記など) ⑤体力づくりについて
 ⑥環境整備について ⑦定期受診について
 ⑧その他 []

7 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ご記入ください

[]

]

8 その他、教室への参加に伴い、注意することがあ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 (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ください)

(1) あり →

疾患名	治療薬等

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
	~	

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、○○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