

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

〒５４１－００５２ 大阪府中央区安土町３－１－３

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 _____

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

大阪府 大阪市 区 丁目 番地 号		氏 名		性 別	年 月 日	〒	市	区	町	丁目	番地	号	
指定地域解除後の認定疾病名		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状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											
最近1年間の症状	① 咳	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	② 痰	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	③ ぜん息(様)発作	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	④ 息切れ	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	⑤ ぜん鳴	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	⑥ 喘息発作	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	⑦ 喘息発作	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	⑧ 喘息発作	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	⑨ 喘息発作	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
	⑩ 喘息発作	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
⑪ 理学所見		1 呼吸音 2 雑音 3 肺動脈音 4 心音 5 心臓音 6 他											
⑫ 総合判断		1 治癒 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		1 出 2 入 3 出 4 入 5 出 6 入 7 出 8 入 9 出 10 入 11 出 12 入											
※必ず記入してください		1 初診 2 再診 3 転院 4 他 5 他 6 他 7 他 8 他 9 他 10 他 11 他 12 他											
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											
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は必ず記入してください。

※3 「重症発作」とは、重症な呼吸困難を伴い、起立呼吸となり、オアノーゼ・意識障害を伴う発作又は治療に反応しにくく発作頻発状態となるもの。

※4 「軽微発作」とは、重症に至らない程度の一過性発作。

① 1枚目(本人記入用)を記入のうえ提出し、ご本人様へお返しください。

② 2枚目(医療機関提出用)を医療機関提出用として、毎月1枚目分をとりまとめて、毎月15日までに大阪府保健医療政策課・総合グループまで、お送りください。

③ 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やご不明な点で必ずお送りください。

④ 文書作成料、郵送料の負担について、大阪府保健医療政策課・総合グループまでご連絡ください。

(医療機関番号) ※医療機関受付欄

受付印

氏 名		性別		年 月 日		年 齢		
指定地域解除後の認定病名		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状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 肺炎		
認定疾病に關係のある続発症・合併症 (上記以外の続発症・合併症)		1 なし		2 あり				
認定疾病に關係のない併発症・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 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 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 治療中 (理由)			3 初めから喫っていない				
	④ 禁煙し受診していない (禁煙年数 年 月 日)			1 禁煙を指導し、禁煙中				
④ 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 ※ 1. なしの場合は0日で記入し、様式第31号を添付して提出するときは、直近1年間の月平均の重症発作回数に記入してください。		喫煙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) 3 禁煙を指導したが効果なし (調剤) 4 禁煙の指導を行わず (調剤)			
⑤ 症 状 (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)								
息切れ (呼吸困難)	A 労作又は運動の増強その他の活動の息苦しさを感じることも増える		B 静まれば息苦しさは軽減する		C 同様の症状が年1回以上は起こるが、労作の増強で息苦しさが増える		D 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える	
	A 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		B 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		C 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		D 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える	
	A 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		B 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		C 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		D 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える	
ぜん息 (ぜん息様) 発作	A 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		B 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		C 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		D 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える	
咳と痰	A 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		B 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		C 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		D 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える	
⑦ ④ 管理区分	A 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		B 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		C 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える		D 労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える	
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 ()								
⑨ 最近1年間の状況 (※必ず記入してください)								
⑩ 検査実施機関所在地								
令和 年 月 日								
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 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受けている場合の認定疾病及びその続発症の治療区分は、本来として取扱ってください。
- ※3 「重症発作」とは、重症な呼吸困難を伴い、酸素吸入・意識障害を伴う発作又は労作又は労作の増強で息苦しさが増える発作を指すもの。
- ※4 「軽症発作」とは、重症に至らない程度軽い発作。
- ※5 「労作の増強で息苦しさが増える」とは、労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える。
- ※6 「労作の増強で息苦しさが増える」とは、労作の増強で息苦しさが増えるが、労作の増強で息苦しさが増える。
- ※7 認定疾病に關係のない併発症・随伴症がある場合には認定疾病及びその続発症 (認定疾病に關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 様式第31号の医師報告書の提出の期日に記載し、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 月 日 (本人提出) を記入の上と記入し、ご本人様へお渡しください。
- 2 月 日 (医師報告書) を報告して報告として、毎月1か月分をとりまとめ、翌月10日までに大阪府医師会管理課へお送りください。
- 3 月 日 (医師報告書) 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返信してください。
- 主治医様、医師報告書は必ず記入してください。大阪府医師会管理課は、認定疾病及びその続発症の認定に必要ですので、大阪府医師会管理課へお送りください。

(医師報告書) ※医師報告書



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

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)

氏名			生年月日	昭和 大正 年 月 日		年齢	歳
住所							
指定地域療育施設 の認定疾病名	1 慢性気管支炎 2 気管支ぜん息 3 肺気腫 4 続発症						
指定地域療育施設 の療育認定により 認められる経過	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	氏名						
原因として全員	身体計測	身長	cm	体重	kg	肺活量	ml
	呼吸機能検査	予備呼吸量	ml	最大呼吸量	ml	呼吸回数	回
	呼吸機能検査	呼吸力	ml	呼吸回数	回	呼吸回数	回
	呼吸機能検査	%	%	%	%	%	%
	呼吸機能検査	1 秒量	ml	1 秒率	%	1 秒率	%
	呼吸機能検査	1 秒率	%	1 秒率	%	1 秒率	%
	呼吸機能検査	指数	1 秒量 × 100	1 秒率 × 100	1 秒率 × 100	1 秒率 × 100	1 秒率 × 100
	呼吸機能検査	呼吸力	ml	呼吸回数	回	呼吸回数	回
	呼吸機能検査	呼吸力	ml	呼吸回数	回	呼吸回数	回
	呼吸機能検査	呼吸力	ml	呼吸回数	回	呼吸回数	回
呼吸機能検査 の結果、指数が 3.5以下であった者	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
	動脈血ガス組成検査	PaO ₂	mmHg	PaCO ₂	mmHg	PaO ₂	mmHg
原因として全員	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	胸部レントゲン検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
原因として全員	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
	血液検査	白血球数	/mm ³	赤血球数	/mm ³	血色素量	g/dl
原因として全員	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他
	その他の検査	1 異常なし	2 その他	3 異常なし	4 その他	5 異常なし	6 その他

(本人提出用)

① 文書作成料、医学的検査料(レントゲン含む)については、公害健康被害の請求には含まないでください。
② ただし、公害健康被害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「済」を入れてください。

【注意事項】

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

※ 1 予備呼吸量はホルマリンの式によって求める。

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{男} \quad (27.42 - 0.112 \times \text{年齢}) \times \text{身長 (cm)} \\ \text{女} \quad (21.75 - 0.101 \times \text{年齢}) \times \text{身長 (cm)} \end{array} \right.$$

※ 2 肺活量の基準は P (mm) / R (mm) 2.5以上を用いる。

※ 3 正常値は WBC の基準により決定する。

1) YSE, YI の q8+ターンがあれば正常
 2) 1) がない場合、次の3項目のうち2項目があれば正常
 a. $WBC < 1.5$, b. $RBC > 1.5$, c. 不完全右側ブロック
 ※ 4 検査結果が正常範囲外の場合は、市(区)に記入してください。

※ 2歳以下を待たず、公害健康被害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「済」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、検査項目の備考欄に、病院名、所在地、代表者を記載してください。

※ 1枚目(本人提出用)を記入のうえ封入し、添付資料と併せて本人様へお送りください。

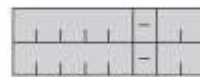
※ 2枚目(医療機関提出用)を添付した報告として、毎月1か月分をとりまとめて、毎月10日までに大阪府健康被害調査課(郵付グループ)まで、お送りください。

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

※ 文書作成料、医学的検査料の支払いについて、大阪府知事以外に医療機関は、別途大阪府と契約がございしますので、大阪府健康被害調査課(郵付グループ)まで送付してください。

※ 当該市(区)及び他等により、医学的検査は更新・見直し月が経過する月の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結果は別途、医療機関等にご送付ください。

(例) 市(区)の期間満了日が4月1日になっている場合、3か月前の1月以降に実施した検査が有効になり、12月以降に実施した検査は本年度の支払い対象外になります。)



(添付検査票) 呼吸機能検査票



昭和60年7月

公害健康被害の賠償等に関する法律

医学的検査結果報告書

無	有	呼吸機菌検査ペーパー
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)

[illegible]

○文書作成時、医学的検査科（判断科含む）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「済」に「✓」を入れてください。）

〔注意事項〕

- ※ 呼吸器検査表、胸部レントゲン検査、心電図検査等は、他の項目又は合併症時に実施せず、別付の欄に実施すること。
- ※ ① 予知危険度はボーロドウィンの式によって求める。
男 $(27.63 - 0.122 \times \text{年齢}) \times \text{身長}(\text{cm})$
女 $(23.78 - 0.100 \times \text{年齢}) \times \text{身長}(\text{cm})$
- ※ ② 肺活量の基準値は P (ml) / B (ml) 2.5以上を用いる。
- ※ ③ 右室拡大率は W/H の比率により判定する。
1) T波、MのqS-Tパターンがあれば確定
2) ④ 1) がない場合、次の3項目のうち2項目があれば確定 $\leq 0.995 < 1$, $0.979 > 1$, σ 、不定な右房ブロック
- ※ ④ 肺動脈圧と左室収縮期末速度による判定の場合は、④-4の□に○印を入れてください。
- ⑤ ⑥項目を記入ください。公表情報提供同意及び結果等について請求者の検査データと一致された場合は、診断書「注」に「○」を入れてください。
- ⑦ レンゲン、呼吸機能などの検査を、他の医療機関で実施した場合は、検査項目の検査欄ごとに、四角框、円形框、作業票等を記載してください。
- ⑧ 検査日（本人提出用）を記入の上を印刷し、届出資料と併せてご本人へお返しください。
- ⑨ 検査日（医師提出用）を薬局発行報告として、毎月1か月分をとりまとめて、翌月1日より市に大府市民健康管理課審査・統計グループまで、お送りください。
- ⑩ 検査日（医師提出用）については、記載内容について問い合わせる場合がありますので必ず保管してください。
- ⑪ 文書作成時、医学的検査資料の支払いについて、大府市民健康委員会以外の医療機関は、当該大府市と契約が必要ですので、大府市保健医療政策課・統計グループまで連絡してください。
- ⑫ 医師が原因および結果基準により、医学的検査は正常・異常と判断する月や2か月連続から必要となります。それ以外に実施した検査の結果または経過、診療報酬等をご請求ください。
- ⑬ 検査日（本人提出用及び医師提出用）が4か月連続となる場合、3ヵ月間の1回分の検査を実施し、検査結果を公表欄となり、12月に既に実施した検査結果を本表の⑮項目に記入する必要があります。
- (公表情報提供番号) 市保健課
- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437</ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-------|

	-	
	-	

(高壓爐試驗計) 正負轉速控制

1999

(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

加	有	呼吸機能検査ペーパー
加	有	心電図ペーパー
加	有	レントゲン(フィルム)
加	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	明治 大正 昭和	年 月 日	年令	調 才
氏 名	認定地域保健所の 認定 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 気 し ち 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 認定地域保健所の 病像の変化によっ 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	Ⅰ 直接死因		Ⅱ Ⅰの原因		Ⅲ Ⅱの原因		Ⅳ Ⅲの原因	
病 名							直前に死亡に際しては、Ⅰが、Ⅱの 直前に死亡に際しては、Ⅱが、Ⅲの 直前に死亡に際しては、Ⅲが、Ⅳの	
期 間								
受 療 状 況	主 病 名	1	継続的に外来受診	新発的に外来受診	病 因 に 注 意		年 月 日 より	
		2	継続的に外来受診	新発的に外来受診	病 因 に 注 意			
		3	継続的に外来受診	新発的に外来受診	病 因 に 注 意			
	併 発 病 名	1	継続的に外来受診	新発的に外来受診	病 因 に 注 意		年 月 日 まで 入院先医療機関名 ()	
		2	継続的に外来受診	新発的に外来受診	病 因 に 注 意			
		3	継続的に外来受診	新発的に外来受診	病 因 に 注 意			
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までを満 た理由について記 入して下さい。)	1. 認定疾病により死亡したが、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までを選んで理由)							
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、健康局大阪府保健所管理課審査・給付グループまでお問い合わせ下さい。(電話：06-6647-0793)

水泳教室参加への診断書(主治医記入)

ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日
患児氏名				

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名について(病名及び治療薬等をお教えてください)

(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てください

①服薬指導 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お書きください { }
(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

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 →

（2）なし

疾病名	時期	入院理由
	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てください。）

（1）あり →

（2）特になし

疾患名	治療薬等

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こと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