第２号様式（第７条）

記入例

被爆者の子医療費助成　診断書

氏名	横浜　花子	男・女	生年月日	昭和・平成　●年　●月　●日
住所	横浜市　中区本町 6-50-10			

患者様の氏名、性別、生年月日及び住所を記入してください

障害の種類

※該当する障害名に〇をつけてください。

1　**造血機能障害**　（貧血症、白血球減少症、出血性素因、紫斑病、血小板減少症など）
2　**肝臓機能障害**　（肝硬変、慢性肝炎（アルコール性を除く）など）
3　**細胞増殖機能障害**　（悪性新生物、骨髄性白血病など）
4　**内分泌腺機能障害**　（糖尿病（尿崩症、青銅糖尿病及び腎性糖尿病を除く）、甲状腺機能異常、卵巣機能異常、睾丸機能異常など）
5　**脳血管障害**　（くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳塞栓症など）
6　**循環器機能障害**　（高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など（高血圧症を除く））
7　**腎臓機能障害**　（慢性腎炎、ネフローゼ症候群（妊娠または産褥中に起きたもの、流産に伴うもの及び細尿管性ネフローゼ（急性）を除く）など）
8　**水晶体混濁による視機能障害**　（白内障
9　**呼吸器機能障害**　（肺気腫、その他の慢性
10　**運動器機能障害**　（変形性関節症、変形性
11　**潰瘍による消化器機能障害**　（胃潰瘍、

助成対象外疾病は、神奈川県のＨＰも参考にしてください。
（https://www.pref.kanagawa.jp/docs/r6w/cnt/f6866/p22034.html）

※（助成除外疾病）：感染性疾病・寄生虫病及びこれに起因する疾病、中毒・事故・自己の故意・重大な過失に起因する疾病、その他原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病（虫歯、風邪、骨折、精神疾患など）

疾病の名称	肺がん	療養を要する期間	※具体的な期間を必ず記入してください。 ５年　　か月程度の見込み （最長５年間）

疾病の状態と判断した所見・データ及び今後の治療方針

××年〇月〇日　〇〇の痛みにより当院を受診。
××年〇月〇日　□□検査により　〇〇病と診断。

××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××
××××××××××××××××××××××

療養を要する期間は必ずご記入ください。　記載していただいた期間が切れたとき、または発行から５年が経過したときには、再度診断書を提出してください。
※記載についてご不明な点がございましたら、健康推進課（045-671-2451）へご連絡いただきますようお願いいたします。

以上のとおり　診断します。
令和　●●年　●月　●日

医療機関の名称　××病院
所　在　地　中区日本大通り１
医　師　氏　名　神奈川太郎

神奈川

（診断書記載医師の方へ）　提出された診断書において、原子爆弾の放射能の影響の関係について照会させていただく場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病は、助成対象外となります。

（Ａ４）