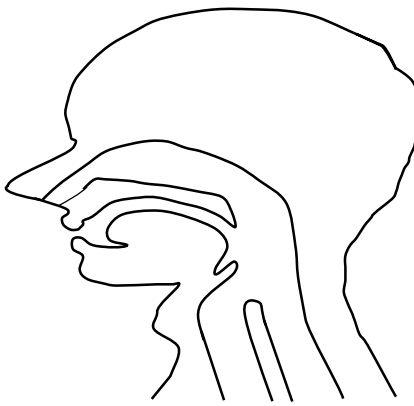
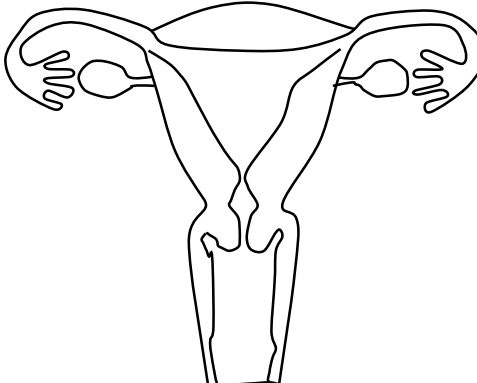


肺がんと同様の様式に修正

藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策実施要綱に基づく  
補償・給付認定（喉頭がん・卵巣がん・後腹膜線維症）用  
診断（意見）書

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
診断名			初診年月日	年 月 日

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を入れ、必要事項を記入してください。

原発部位 (喉頭がん又は 卵巣がんの場合)	部位と広がり：			
	<input type="checkbox"/> 喉頭がん 		<input type="checkbox"/> 卵巣がん 	
組織型	( )			
診断根拠	<input type="checkbox"/> 病理組織診断 ( <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検 )		年 月 日 診断	
	<input type="checkbox"/> 細胞診 ( <input type="checkbox"/> 内視鏡など <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> その他( ) )		年 月 日 診断	
	<input type="checkbox"/> 放射線画像 ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		年 月 日 診断	
	<input type="checkbox"/> 手術 ( <input type="checkbox"/> 摘出 <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		年 月 日 診断	
他のがん既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位 ( )		年 月 日 診断	
	抗がん剤治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	施行期間	年 月 日から 年 月 日まで
	放射線治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	施行期間	年 月 日から 年 月 日まで
石綿関連所見	胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査等の種類	
			<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検	

