

事務連絡  
平成24年8月3日

環境省総合環境政策局  
環境保健部企画課  
石綿健康被害対策室長 殿

厚生労働省労働基準局労災補償部  
補償課職業病認定対策室長

個別事案に係る資料の提供について（依頼）

職業性疾病の認定については、日頃から格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、下記1の労働者については、先般、貴省所管の中央環境審議会石綿健康被害判定部会石綿健康被害判定小委員会において中皮腫と判定されたところですが、下記2の理由により必要がありますので、当該判定小委員会及び審査分科会の議事録、関係資料一式を提供いただきますようお願いいたします。

記

1 労働者

氏 名

生年月日

2 資料提供申出理由

上記1の労働者に係る労災請求については、所轄の労働基準監督署においてすでに決定を行ったところであるが、その後、貴省所管の中央環境審議会石綿健康被害判定部会石綿健康被害判定小委員会において中皮腫との判定がなされたことを踏まえ、決定見直しの必要性について検証するため。



事 務 連 絡

平 成 2 4 年 8 月 6 日

厚生労働省労働基準局労災補償部

補償課職業病認定対策室長 殿

環境省総合環境政策局環境保健部

企画課石綿健康被害対策室長

個別案件に係る資料の提供について（回答）

平成 24 年 8 月 3 日付け事務連絡で依頼のありました「個別案件に係る資料の提供について（依頼）」に関し、議事録及び関係資料一式を別添のとおり提供いたします。



前回の審議にて、この方は、[REDACTED] のですが、  
そこからでは、まだ [REDACTED]  
[REDACTED] ということにして、そちらを求めさせていただいたという方  
でございます。

こちらはF先生にもご意見書をいただいているという方でございます。

○A委員 F先生は、[REDACTED] と思  
います。[REDACTED] です。プレパラートを転写に使っていいかどうかを聞いて、転写するしか  
ないですね。

○事務局 その方は、[REDACTED] です。  
悪性の度合いを示すべく、直近の画像も求めたということではございますが、今回は提出  
されていないですね。

○C委員 [REDACTED] ですね。

○F委員 [REDACTED] していますね。

○C委員 [REDACTED] ですね。

○F委員 [REDACTED] しています。

○C委員 [REDACTED] よ。

○F委員 [REDACTED] 。

○A委員 肝臓にメタがありますか。

○C委員 [REDACTED] ですね。

○G委員 [REDACTED] ですね。

○C委員 [REDACTED] ですけれどね。

○A委員 副腎にはメタはないですか。

○C委員 [REDACTED] のだと思います。

○F委員 [REDACTED] 。

○事務局 [REDACTED] ので、[REDACTED] もごらんください。

○C委員 [REDACTED] です。

○F委員 [REDACTED] ですね。

○C委員 横隔膜の上、この辺を言っているのですかね。

○F委員 [REDACTED] ですね。

○C委員 [REDACTED] ですね。

○F委員 [REDACTED] 。

○C委員 [REDACTED] 。

○事務局 では、[REDACTED] ということですから、そこから  
判定はできないということですね。

○A委員 この方は、お亡くなりになっているのだから、新しいものを提出していただ  
けないので、[REDACTED] と思います。F先生にお願いして、

それを回していいですかと聞いていただいて。

○事務局 わかりました。そのように進めさせていただきます。もう一度、新たに何かを求めていくことが有効でしょうか。

○F委員 です。 です。

○G委員 386ページに、 で、「 」と書かれています。

○事務局 追加された資料を、呼吸器の先生に見ていただきますか。

○A委員 そうですね。「 」と書いてありますね。

○事務局 だということです。

○G委員 力ですね。

○事務局 機構とのやりとりで、 ということで、その際には、いいところの器官を取ってくれというのは当然として、 ということです、 と書いているようです。

○G委員 では、この残りの染色で、F先生と相談して、 ですね。

○事務局 では、そこで必要なものを染めるということにさせていただくことにします。

では、小委詳細と整理させていただきまして、ただ今、コメントいただいたように、許可はいただいていますので、F先生と相談して、何を染めるかを決めて、小委にかけさせていただくことにしたいと思います。

平成23年1月25日 第78回石綿健康被害判定小委員会

【 】

○事務局 続きましては、9ページ目にまいります。申出番号は の方です。669ページから資料は始まります。 ということで申出いただいた方でございます。

この方は、 でございまして、当初は ので、提出していただきたかったのですが、結局、提出されないということで、 ことで、そちらの結果いかんという状況になっている方でございます。意見書をF先生に出していただいております。F先生は、「 」とおっしゃっています。 でしたということです。

○H委員 そうですか、 をやったのですね。わかりました。

○事務局 この方はもうお亡くなりになっています。 でございましたが、 になっています。 あったということです。元々 という方でして、どうでしょうか、臨床情報は画像と合わせ技で何とかできませ

んか。

○H委員 どうでしょう。画像はどこかに腫瘍ができていないですか。

○I委員 [REDACTED]。

○J委員 [REDACTED]。これは [REDACTED]  
[REDACTED]。

○H委員 [REDACTED]よ。

○J委員 ただし、[REDACTED]です、[REDACTED]  
[REDACTED]ですね。

○H委員 お腹に水がたまっているんですか。

○J委員 [REDACTED]です。[REDACTED]います。[REDACTED]  
[REDACTED]います。

○H委員 [REDACTED]よ。

○J委員 [REDACTED]です。

○I委員 [REDACTED]  
[REDACTED]

○J委員 だから、[REDACTED]ということです。[REDACTED]  
[REDACTED]これは [REDACTED]です。

○事務局 振る舞いとしては悪いということですか。

○J委員 [REDACTED]います。[REDACTED]  
[REDACTED]ですね。

○C委員 [REDACTED]という可能性はないですか。

○K委員 [REDACTED]。

○I委員 [REDACTED]ですよね。

○J委員 [REDACTED]

よね。胸腺腫の播種の時は、横隔膜突き抜けて下へ出ますよね。[REDACTED]  
[REDACTED]

○H委員 [REDACTED]  
[REDACTED]のですよ。

○I委員 では、これは [REDACTED]ということですかね。[REDACTED]です  
が。

○H委員 [REDACTED]です。

○I委員 [REDACTED]です。

○H委員 [REDACTED]。

○事務局 ありがとうございます。では、先生、集約して下さい。

○I委員 [REDACTED]

○事務局 ありがとうございます。では、[REDACTED]させていただきます。

石綿による健康被害の救済に関する法律  
認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用  
診断書 ( ) 用

10/5着

|      |            |          |                                                                |
|------|------------|----------|----------------------------------------------------------------|
| 患者氏名 | [REDACTED] | 生年<br>月日 | 明治 大正 [REDACTED]<br>[REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 ( ) |
| 診断名  | [REDACTED] | カルテ番号    | [REDACTED]                                                     |

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を全て記入して下さい。

|             |                                                                                                                                                          |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 原発部位        | [REDACTED]<br>[REDACTED]<br>[REDACTED]<br>[REDACTED] ( )<br>平成 [REDACTED] 日                                                                              |
| 組織型         | <input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> 特殊型 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 中皮腫の確定診断年月日 | 平成 [REDACTED] 日                                                                                                                                          |
| その他の参考事項    | (石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、ご記入下さい。)<br>[REDACTED]                                                                                                              |

【臨床経過】 ※治療内容を含め、現在までの臨床経過を記載して下さい。

|            |                                        |
|------------|----------------------------------------|
| <診断に至った経緯> | [REDACTED]<br>[REDACTED]<br>[REDACTED] |
| <治療内容>     | [REDACTED]<br>[REDACTED]<br>[REDACTED] |
| <現在の病状>    | [REDACTED]<br>[REDACTED]               |

10/5着

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成 日 (裏面の注釈参照)

※可能であれば、下記についても記載願います。

前医の有無

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

【中皮腫の診断の根拠】

※中皮腫の診断の根拠となったものについて□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい(写し可)。

|                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 単純エックス線画像                                      | ( : )    |
| 撮影年月日                                                                   | 平成 日     |
| <input type="checkbox"/> CT画像                                           | ( : )    |
| 撮影年月日                                                                   | 平成 日     |
| <input type="checkbox"/> その他の画像                                         | (検査名： )  |
| 撮影年月日                                                                   | 平成 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 病理組織診断書 (判定様式第4号又はそれと同等の内容を含む病理組織診断書を添付して下さい。) |          |
| 病理診断年月日                                                                 | 平成 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> (判定様式第号又はそれと同等の内容を含む を添付して下さい。)                |          |
| 検査実施年月日                                                                 | 平成 日     |
| <input type="checkbox"/> その他の検査                                         | (検査名： )  |
| 検査実施年月日                                                                 | 平成 年 月 日 |

上記のとおり、診断します。

平成 日

医療機関所在地

医療機関の名称

電話番号

診療担当科名

医師の氏名

# 死亡診断書 (死体検案書)

この死亡診断書 (死体検案書) は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

← 生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

◎夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

← 「老人ホーム」は、養老老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。  
1欄では、各傷病について発病の型、(例：急性)、病位 (例：病変部位)、部位 (例：胃腸門部がん)、性状 (例：病理組織型) 等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠経過」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠経過の分娩中」と書いてください。  
産後42日未満の死亡の場合は「妊娠経過産後経過」と書いてください。

← 1欄及び2欄に記した手術について、術式又はその診断名と関連のする所見等を書いてください。  
紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。  
「5煙、火災及び火傷による傷害」は、火災による「酸化炭素中毒、窒息等」も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういった状況で起こったかを具体的に書いてください。

← 妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |      |                                                                                                     |  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 氏名                      | [REDACTED]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 生年月日 | 大正 平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日<br>(生まれてから30日以内に死亡したと) 午前・午後 時 分<br>(きは生まれた時刻も書いてください) |  |
| 死亡したとき                  | 平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 [REDACTED] 時 [REDACTED] 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                                                                                                     |  |
| (12) 死亡したところ            | 死亡したところの種別 [REDACTED]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |      |                                                                                                     |  |
| (13) 及びその種別             | 死亡したところ [REDACTED] 番地 [REDACTED] 号 [REDACTED]<br>(死亡したところの種別1-3) 施設の名称 [REDACTED]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |      |                                                                                                     |  |
| (14) 死亡の原因              | <div> <div> (ア) 直接死因 [REDACTED]<br/>(イ) (ア)の原因 [REDACTED]<br/>(ウ) (イ)の原因 [REDACTED]<br/>(エ) (ウ)の原因 [REDACTED] </div> <div> (ア) 直接死因 [REDACTED]<br/>(イ) (ア)の原因 [REDACTED]<br/>(ウ) (イ)の原因 [REDACTED]<br/>(エ) (ウ)の原因 [REDACTED] </div> </div> <p>※1欄、2欄ともに疾病の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください。<br/>※1欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順で書いてください。<br/>※1欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください。<br/>ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順で書いてください。</p> <p>発病(発症)又は受傷から死亡までの期間<br/>※年、月、日等の単位で書いてください。<br/>ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。<br/>(例：1年3か月、5時20分)</p> |  |      |                                                                                                     |  |
| 手術                      | 部位及び主観所見 [REDACTED] 手術年月日 平成 昭和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |      |                                                                                                     |  |
| 解剖                      | 主観所見 [REDACTED]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |      |                                                                                                     |  |
| (15) 死因の種類              | 外因死 不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火傷による傷害 }<br>6窒息 7中毒 8その他<br>その他及び不詳の外因死 { 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因 }<br>12不詳の死                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |      |                                                                                                     |  |
| (16) 追加事項               | 外因死の追加事項<br>傷害が発生したとき 平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分 傷害が発生したところ 都道府県 市区町村<br>傷害が発生したところの種別 1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ( ) たところ<br>手段及び状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |                                                                                                     |  |
| (17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項 | 出生児体質 グラム 単胎・多胎の別 1単胎 2多胎 ( 子中第 子 ) 妊娠週数 満 週<br>妊娠・分娩時における母体の病歴又は異状 母の生年月日 平成 昭和 年 月 日 前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠週22週以後に限る)<br>1無 2有 3不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |      |                                                                                                     |  |
| (18) その他特に付言すべきことがら     | [REDACTED]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |                                                                                                     |  |
| (19) 医師                 | 上記のとおり診断 [REDACTED] 月 日 平成 [REDACTED] 年 月 日<br>(病院、診療所若しくは老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所) [REDACTED] 番地 [REDACTED] 号 [REDACTED]<br>(氏名) [REDACTED] 医師 [REDACTED]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |      |                                                                                                     |  |

石綿による健康被害の救済に関する法律  
認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用  
細胞診報告書

1975年

※本様式と同等の内容を含む細胞診報告書の写し等の添付で代替しても差し支えない。

|       |            |           |                                              |
|-------|------------|-----------|----------------------------------------------|
| 患者氏名  | [REDACTED] | 生年<br>月 日 | 明治 大正 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 |
| 細胞診結果 | [REDACTED] | 細胞診実施施設名  | [REDACTED]                                   |
|       |            | 細胞診標本番号   | [REDACTED]                                   |

【検査の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|--|
| 検体採取年月日                                  | 平成 [REDACTED] 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
| 細胞診年月日                                   | 平成 [REDACTED] 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
| 細胞診材料                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 胸水<br><input type="checkbox"/> 腹水<br><input type="checkbox"/> 心嚢水<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
| 実施した染色等                                  | <input type="checkbox"/> 免疫染色（抗体名） <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> calretinin ( )</td> <td><input type="checkbox"/> D2-40. ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CAM5.2 注1) ( )</td> <td><input type="checkbox"/> AE1/AE3 注1) ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CEA 注2) ( )</td> <td><input type="checkbox"/> TTF-1 注2) ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ber-EP4 注3) ( )</td> <td><input type="checkbox"/> MOC-31 注3) ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> ギムザ染色<br><input type="checkbox"/> その他（PAS 染色、酸性粘液染色、ヒアルロニダーゼ消化試験、電子顕微鏡検索等の結果があれば記載して下さい。）<br>( ) | <input type="checkbox"/> calretinin ( ) | <input type="checkbox"/> D2-40. ( ) | <input type="checkbox"/> CAM5.2 注1) ( ) | <input type="checkbox"/> AE1/AE3 注1) ( ) | <input type="checkbox"/> CEA 注2) ( ) | <input type="checkbox"/> TTF-1 注2) ( ) | <input type="checkbox"/> Ber-EP4 注3) ( ) | <input type="checkbox"/> MOC-31 注3) ( ) | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| <input type="checkbox"/> calretinin ( )  | <input type="checkbox"/> D2-40. ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> CAM5.2 注1) ( )  | <input type="checkbox"/> AE1/AE3 注1) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> CEA 注2) ( )     | <input type="checkbox"/> TTF-1 注2) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Ber-EP4 注3) ( ) | <input type="checkbox"/> MOC-31 注3) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                     |                                         |                                          |                                      |                                        |                                          |                                         |                                  |  |

注1）肉腫型中皮腫が疑われる場合に確認することが望ましい。  
 注2）肺がんと鑑別を要する場合に確認することが望ましい。  
 注3）卵巣がんと鑑別を要する場合に確認することが望ましい。

【所見】 ※主にパapanicow染色標本に基づく形態的所見（腫瘍細胞の形態・増殖形態等）を詳細に記載して下さい。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

上記のとおり、診断します。

平成 [REDACTED] 日

医療機関所在地  
医療機関の名称  
電話番号  
担当科名  
医師の氏名

6-2-1細胞診一般(報告)④

| 要<br>分 |
|--------|
|        |

|    |      |    |       |
|----|------|----|-------|
|    | 採取部位 | 58 | 肝     |
| 50 | 痰    | 59 | 汁     |
| 51 | 管支擦過 | 65 | 腺     |
| 52 | 穿刺吸引 | 60 | 状腺    |
| 53 | 尿    | 61 | 脳脊髄液  |
| 54 | 水    | 62 | リンパ節  |
| 55 | 水    | 63 | カテーテル |
| 56 | 液    | 64 | 腎     |
| 57 | 汁    | 99 | その他   |
|    |      | (  | )     |

総合-35

76

| 依頼<br>科名 | 科 | 依頼<br>医師 |  |
|----------|---|----------|--|
|----------|---|----------|--|

細胞診 1.90点 10/5/0

該当するものに○をお願いします

|                                                                                                                               |              |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| <p>・画像所見異常 →</p> <p>・主訴：<br/>なし<br/>咳・痰・胸痛・血痰・( )<br/>血尿・( )<br/>その他：( )</p>                                                  | <p>・画像所見</p> | <p>・臨床診断：</p> <p>・臨床経過：</p> |
| <p>・治療：</p> <p>化学療法 ( )<br/>放射線治療 ( )<br/>手術 ( )<br/>その他 ( )</p> <p>前回までの (番号： ) 前回までの (番号： )<br/>細胞検査 (診断： ) 組織検査 (診断： )</p> |              |                             |

Cytology (General Finding)

検査士

診断医

No.

年 \* 月 日 報告

日

( ) 枚

以下は  
追加で  
提出された資料

6-2-1細胞診一般(報告)④

| 要<br>区 分 |
|----------|
|          |

|    |       |    |  |       |
|----|-------|----|--|-------|
| ／  | 採取部位  | 58 |  | 肝     |
| 50 | 痰     | 59 |  | 汁     |
| 51 | 気管支擦過 | 65 |  | 腺     |
| 52 | 肺穿刺吸引 | 60 |  | 状 腺   |
| 53 | 尿     | 61 |  | 脊 髄 液 |
| 54 | 水     | 62 |  | ン パ 節 |
| 55 | 水     | 63 |  | カテーテル |
| 56 | 液     | 64 |  | 腎     |
| 57 | 汁     | 99 |  | の 他   |
|    |       | (  |  | )     |

総合-35  
76

(Z)

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 依頼<br>科 名 | 科 | 依頼<br>医 師 |
|-----------|---|-----------|

細胞診 190点

該当するものに○をお願いします

|                                                                                                                                        |              |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| <p>・画像所見異常 ( ) →</p> <p>・主訴：<br/>なし<br/>咳・痰・胸痛・血痰・( )<br/>血尿・( )<br/>その他：( )</p>                                                       | <p>・画像所見</p> | <p>・臨床診断：</p> <p>・臨床経過：</p> |
| <p>・治療：</p> <p>化学療法 ( )</p> <p>放射線治療 ( )</p> <p>手術 ( )</p> <p>その他 ( )</p> <p>前回までの (番号： ) 前回までの (番号： )<br/>細胞検査 (診断： ) 組織検査 (診断： )</p> |              |                             |

Cytology (General Finding)

検査士

診断医

No.

年 月 日 報告

年 月 日

( ) 枚

病理部

| 要<br>分 |
|--------|
| 区      |

| 採取部位 |      | 58 | 肝     |  |
|------|------|----|-------|--|
| 50   | 痰    | 59 | 汁     |  |
| 51   | 管支擦過 | 65 | 腺     |  |
| 52   | 穿刺吸引 | 60 | 状腺    |  |
| 53   | 尿    | 61 | 脊髄液   |  |
| 54   | 水    | 62 | ンパ節   |  |
| 55   | 水    | 63 | カテーテル |  |
| 56   | 液    | 64 | 腎     |  |
| 57   | 汁    | 99 | の他    |  |
|      |      | (  | )     |  |

総合-35

76

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| 依頼<br>科名 | 科 | 依頼<br>医師 |
|----------|---|----------|

細胞診 190点

該当するものに○をお願いします

・画像所見異常

・画像所見

・臨床診断:

・主訴:

なし

咳・痰・胸痛・血痰・( )

血尿・( )

その他:( )

・臨床経過:

・治療:

化学療法 ( )

放射線治療 ( )

手術 ( )

その他 ( )

前回までの (番号:  
細胞検査 (診断:前回までの (番号:  
組織検査 (診断:

## Cytology (General Finding)

検査士

診断医

年 月 日

報告

No.

( ) 枚

病理部

記入日（診察日）平成 年 月 日

# 診察報告書（ 報告）

所在地 〒

医療機関 環境再生医療機構

科

先生

診療科（部） 科（部）

担当医

電話  
FAX  
E-mail:

カルテ番号

フリガナ

紹介患者氏名

歳

初回診察日 平成 年 月 日

前回報告日 平成 年 月 日

上記患者さまをご紹介いただき、ありがとうございます。  
患者さまについて、次のとおり 報告を申し上げます。

（診察報告）

いつもお世話になっております。

使用店は、必要に応じて、御連絡下さい。  
よろしくお願いいたします。

よろしくお願いいたします。

【現在の状況・連絡欄】

先生へ

↓ 必ずいずれか一つにチェックして下さい

☒ : 最終報告とさせていただきます

☐ : 引き続き経過報告させていただきます

☐ : 院内転科（

科へ転科）

☐ : その他（

）

意見伺い

10/6/8

1.

[Redacted]

2.

[Redacted]

3.

[Redacted]

4.

[Redacted]

5.

[Redacted]

6. 以上の、[Redacted]の先生のご意見に対する、[Redacted]先生の総合的なご見解をお聞かせください。あわせて、[Redacted]先生が[Redacted]

記入日（診察日）平成

# 診察報告書( 報告 )

所在地 〒

医療機関

科

先生

診療科（部）

科

担当医

電話 0798-

FAX 0798-

mail:

@hyo-med.ac.jp

カルテ番号

フリガナ

紹介患者氏名

歳

初回診察日 平成

日

前回報告日 平成

年

月

日

上記患者さんをご紹介いただき、ありがとうございます。

患者さんについて、次のとおり 報告を申し上げます。

(診察報告)

①

②

次回ご紹介の際には、事前にカルテ作成、受診などの便宜を図らせていただきます。具体的な手続きにつきましては、お問い合わせ下さい。

【現在の状況・連絡欄】

先生へ

↓ 必ずいずれか一つにチェックして下さい

☐: 最終報告とさせていただきます

☐: 引き続き経過報告させていただきます

☐: 院内転科 (

科へ転科)

☐: その他 (

)

記入日（診察日）平成 年 月 日

# 診察報告書（ 報告）

|       |
|-------|
| 所在地 〒 |
| 医療機関  |
| 科     |
| 先生    |

診療科（部）

科

担当医

印

電話 0798-

FAX 0798-

E-mail: @hyo-med.ac.jp

カルテ番号

フリガナ

紹介患者氏名

歳

初回診察日 平成 年 月 日

前回報告日 平成 年 月 日

上記患者さんをご紹介いただき、ありがとうございます。

患者さんについて、次のとおり 報告を申し上げます。

（診察報告）

③

④

⑤

⑥

【現在の状況・連絡欄】

先生へ

↓ 必ずいずれか一つにチェックして下さい

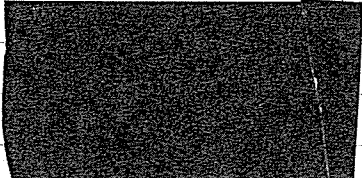
☐：最終報告とさせていただきます

☐：引き続き経過報告させていただきます

☐：院内転科（

科へ転科）

☐：その他（

| 申出番号 | 請求書番号 | X線画像                                                                              |    |        |     | CT画像 |    |        |     | その他検査画像                                                                             |    |        |     | 備考 |
|------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|--------|-----|------|----|--------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|-----|----|
|      |       | 部位                                                                                | 媒体 | ファイル枚数 | 検査日 | 部位   | 媒体 | ファイル枚数 | 検査日 | 検査名                                                                                 | 媒体 | ファイル枚数 | 検査日 |    |
|      |       |                                                                                   |    |        |     |      |    |        |     |                                                                                     |    |        |     |    |
|      |       |  |    |        |     |      |    |        |     |  |    |        |     |    |
|      |       |  |    |        |     |      |    |        |     |                                                                                     |    |        |     |    |

＝第 123 石綿健康被害判定小委員会審査分科会：意見書＝

( 日実施予定)

(臨床診断； 組織亜型：)

細胞診所見 (オリジナル)：

細胞診断：

細胞診所見 ( 鏡検)：

診断：

第78回判定小委員会病理標本内訳表

|      |       |      |    |    |    |      |
|------|-------|------|----|----|----|------|
|      |       |      |    |    |    |      |
| 申出番号 | 請求書番号 | 標本総計 | 内訳 | 枚数 | 備考 | 検体情報 |
|      |       |      |    |    |    |      |
|      |       |      |    |    |    |      |



