

様式第十号（第二十九条関係）

診 断 書（医療特別手当用）

氏名、 生年月日 及び居住地	明治・大正・昭和 年 月 日生	男・女	郵便番号 ー 電話番号 ()
認定疾病 の名称(※1)			
認定疾病に関 する現症及び 検査所見			
認定疾病 に対する 治療状況	認定疾病に係る受診状況（いずれかに○）（※2）		
	ア．定期的に受診し現在治療中 イ．定期的に受診し経過観察中 ウ．定期的に受診はしていない		
	認定疾病に対して過去に行った主な治療（手術等）		
	（手術等）		（実施時期）
	現在行っている治療の内容（「認定疾病に係る受診状況」でアに○をつけた場合に記入）		
	認定疾病自体に対するもの		
認定疾病の治療によって生じた疾病（後遺症等）に対するもの			
（疾病名）		（治療内容）	
<u>認定疾病以外</u> に関する 特記事項			
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

記入上の注意等

(※1) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項又は第24条第2項の認定に係る負傷又は疾病（本診断書では「認定疾病」とします。）の名称を記入してください。

(※2) 「定期的に受診」には、本診断書の記載のための受診は含みません。

(日本工業規格 A 列 4 番)