

療養費給付申請書

下記のとおり NPO 法人 3・11 甲状腺がん子ども基金の療養費給付を申請します。

記入日（西暦） 年 月 日

申請者			
フリガナ お名前		受診者との続柄	本人・父・母 その他（ ）
受診者との続柄欄で「本人」と記入した場合、 右記の性別と生年月日欄にご記入ください。		性別	男・女
		生年月日	(西暦) 年 月 日
現住所	〒		
原発事故当時の住所	〒		
電話番号		メールアドレス	
受診者 申請者と異なる場合は記入してください。(住所が申請者と同じ場合、同上で可)			
フリガナ お名前		性別	男・女
		生年月日	(西暦) 年 月 日
		〒	
現住所	〒		
原発事故当時の住所	〒		
電話番号		メールアドレス	
この基金を知ったきっかけ(例:テレビ、 ○○新聞、インターネット、知人など)			

個人情報の取り扱いについて

本申請書に添付された診療情報は厳重に管理し、療養費給付の審査ならびに、甲状腺がん
と診断された患者の治療環境と生活の質（QOL）の向上及び被ばくとの因果関係の解明や
政策提言等に使用させていただきます。

個人が特定されないよう、情報の保護に十分配慮し、上記目的以外には一切使用すること
はありません。

私は個人情報の取り扱いについて上記の説明を確認し、同意します。

受診者

（自署が難しい場合は保護者代筆可能）

保護者

（受診者が 18 歳未満の場合は保護者も署名してください）

受診者名

診療情報1 (必ずご記入ください)

□の箇所は、該当するところにチェック☑をしてください。西暦でご記入ください。

甲状腺がんと診断された検査(穿刺細胞診)について教えてください

受診の きっかけ	<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 福島県民健康調査	<input type="checkbox"/> 自治体検診(自治体名)
	<small>右から選択</small>	<input type="checkbox"/> その他(受診機関:)	
	<input type="checkbox"/> 自覚症状(症状:)		
医療機関		医師名	
検査日	20 年 月 日	告知日	20 年 月 日
腫瘍径	最大径	【結節】ミリメートル(センチでなくミリでご記入ください)	
	個数	単発 / 多発 (個)	
医師に言われたこと等			

甲状腺摘出手術と手術後の確定診断結果について教えてください

医療機関		執刀医名	
入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
手術日	20 年 月 日 ※これから手術を受ける方は手術予定日		
術式	<input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 半摘 (<input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 中央・ <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> リンパ節切除あり <input type="checkbox"/> 内視鏡手術		
がんの種類	<input type="checkbox"/> 乳頭がん <input type="checkbox"/> 濾胞がん <input type="checkbox"/> ずい様がん <input type="checkbox"/> 低分化がん <input type="checkbox"/> 未分化がん <input type="checkbox"/> その他		
転移等	リンパ節転移(あり・なし) 甲状腺皮膜外浸潤(あり・なし) 遠隔転移(あり・なし) ※TNM分類()		
腫瘍径ミリメートル(センチでなくミリの数値でご記入ください)		
医師に言われたこと等			

現在の状況について教えてください

通院頻度	<input type="checkbox"/> 1年に1回程度 <input type="checkbox"/> 半年に1回程度 <input type="checkbox"/> 3ヶ月に1回程度 <input type="checkbox"/> その他		
最終受診日	20 年 月 日		
医療機関		主治医	
薬剤処方	甲状腺ホルモン剤の処方 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし		
体調など			

「福島県民健康調査」や「自治体検査」で検査を受けた方は結果を教えてください

1回目検診:20 年 月	2回目:20 年 月	3回目:20 年 月	4回目:20 年 月
A1・A2・B・C・ 忘れた・受けていない	A1・A2・B・C・ 忘れた・受けていない	A1・A2・B・C・ 忘れた・受けていない	A1・A2・B・C・ 忘れた・受けていない

基金記入欄

受診者名

診療情報2 (再発の方、アブレーション・アイソトープ治療の方はご記入ください)

がんが再発や遠隔転移し、再手術した方のみ、以下をご記入ください。

2度目の摘出手術と手術後の確定診断結果について教えてください	
医療機関	執刀医
入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
手術日	20 年 月 日
がんの種類	<input type="checkbox"/> 乳頭がん <input type="checkbox"/> 濾胞がん <input type="checkbox"/> ずい様がん <input type="checkbox"/> 低分化がん <input type="checkbox"/> 未分化がん <input type="checkbox"/> その他
術式	<input type="checkbox"/> 残っていた半葉 (全摘状態になった) <input type="checkbox"/> リンパ節のみ
転移等	リンパ節転移 (<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) 甲状腺被膜外浸潤 (<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) 遠隔転移 (<input type="checkbox"/> 肺・ <input type="checkbox"/> 骨・ <input type="checkbox"/> 脳・ <input type="checkbox"/> 他・ <input type="checkbox"/> なし) ※TNM 分類が分かる方はお書きください。()
腫瘍径	. ミリメートル (センチでなくミリでご記入ください)
再発・転移までの経過	

アブレーション、アイソトープ治療を受けている方のみ、以下をご記入ください。

最近受けたアブレーション治療・アイソトープ治療について教えてください	
入院の有無	<input type="checkbox"/> 入院による治療 <input type="checkbox"/> 外来での治療
治療待ち期間	ヶ月 (20 年 月 ~ 20 年 月)
医療機関	担当医
ヨウ素制限期間と方法	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> タイロゲンを使用する方法 <input type="checkbox"/> 休薬法
服用日	20 年 月 日
ヨード剤内服	年 月 日 ヨード内服量 () MBq
サイログロブリンまたはカルシトニンの数値	治療直後の数値 :
	3ヶ月後の数値 :
	半年後の数値 : 最新の数値 :
複数回治療を受けている方はその回数と実施日	計 () 回 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院) () MBq 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院) () MBq 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院) () MBq 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院) () MBq
甲状腺がん以外の体調変化や現在の状況など	

基金記入欄

受診者名

診療情報3 (転院された方はご記入ください)

複数の病院を転院・受診された方のみ以下をご記入ください。
書ききれない場合は裏側にご記入ください。

最初に受診した病院

医療機関		医師名	
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃		
診察内容			
転院理由			

2つ目の病院

医療機関		医師名	
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃		
診察内容			
転院理由			

3つ目の病院

医療機関		医師名	
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃		
診察内容			
転院理由			

4つ目の病院

医療機関		医師名	
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃		
診察内容			
転院理由			

基金記入欄	
-------	--