

1 福祉事業等の取扱いについて（昭和 61 年 2 月 13 日消基発第 92 号）新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

改正後		改正前	
(別紙 2) _____ 年 月 日 消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿 _____ 病 院 _____ 診療所 _____ 医 師 適合判定結果について 下記申請者について、筋電電動義手の適合判定結果を下記のとおり報告する。 記		(別紙 2) _____ 平成 年 月 日 消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿 _____ 病 院 _____ 診療所 _____ 医 師 適合判定結果について 下記申請者について、筋電電動義手の適合判定結果を下記のとおり報告する。 記	
申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所	申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
適合判定結果 ○ 筋電電動義手を装着する上肢について 1 手先装置の開閉装置に必要な強さの筋電信号の検出の有無 有 ・ 無 2 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有 ・ 無 3 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無 有 ・ 無 4 ソケットを装着することができる判断の有無 有 ・ 無 5 筋電電動義手を使用できる肩及び肘の関節可動域の有無 有 ・ 無 ○ 筋電電動義手の支給について 1 支給可 ・ 支給不可		適合判定結果 ○ 筋電電動義手を装着する上肢について 1 手先装置の開閉装置に必要な強さの筋電信号の検出の有無 有 ・ 無 2 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有 ・ 無 3 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無 有 ・ 無 4 ソケットを装着することができる判断の有無 有 ・ 無 5 筋電電動義手を使用できる肩及び肘の関節可動域の有無 有 ・ 無 ○ 筋電電動義手の支給について 1 支給可 ・ 支給不可	

2 1の判断理由  
(装着訓練の経過、操作の習熟の程度、ADL評価及び恒常的な必要性の有無等により具体的な記載をしてください。)

2 1の判断理由  
(装着訓練の経過、操作の習熟の程度、ADL評価及び恒常的な必要性の有無等により具体的な記載をしてください。)

(別紙3)

\_\_\_\_年 月 日

病 院  
診療所 殿

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長  
症 状 照 会 書

下記申請者より、補装具（コンタクトレンズ、ストマ用装具、<sup>かん</sup>洗腸器付排便剤、重度障害者用意思伝達装置）について申請がありましたので、申請者の症状について、別添「症状照会に対する回答書」にて回答をお願い申し上げます。

記

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 ( ) \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

(別紙4)

\_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

病 院  
診療所

医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具のコンタクトレンズの支給に係る症状を判断した

(別紙3)

平成 年 月 日

病 院  
診療所 殿

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長  
症 状 照 会 書

下記申請者より、補装具（コンタクトレンズ、ストマ用装具、<sup>かん</sup>洗腸器付排便剤、重度障害者用意思伝達装置）について申請がありましたので、申請者の症状について、別添「症状照会に対する回答書」にて回答をお願い申し上げます。

記

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 ( ) \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

(別紙4)

平成 年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

病 院  
診療所

医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具のコンタクトレンズの支給に係る症状を判断した

ので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
症 状 の 状 態	
<p>○ コンタクトレンズについて</p> <p>1 装用の可否 装用可 ・ 装用不可</p> <p>2 1の判断理由（具体的に記載してください。）</p> <p style="text-align: center;">B C      P w r      S i z e      C y l . p      A x s</p> <p>右</p> <p>左</p>	

ので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
症 状 の 状 態	
<p>○ コンタクトレンズについて</p> <p>1 装用の可否 装用可 ・ 装用不可</p> <p>2 1の判断理由（具体的に記載してください。）</p> <p style="text-align: center;">B C      P w r      S i z e      C y l . p      A x s</p> <p>右</p> <p>左</p>	

(別紙5)

\_\_\_\_\_ 年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

\_\_\_\_\_ 病 院  
\_\_\_\_\_ 診療所

\_\_\_\_\_ 医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具のストマ用装具の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
症 状 の 状 態	

(別紙5)

平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

\_\_\_\_\_ 病 院  
\_\_\_\_\_ 診療所

\_\_\_\_\_ 医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具のストマ用装具の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
症 状 の 状 態	

○ ストマ用装具について

1 着用の可否

着用可 ・ 着用不可

2 必要性の有無

必要あり ・ 必要なし

3 1の判断理由（具体的に記載してください。）

4 2で必要ありの場合、ストマ用装具の処方

○ ストマ用装具について

1 着用の可否

着用可 ・ 着用不可

2 必要性の有無

必要あり ・ 必要なし

3 1の判断理由（具体的に記載してください。）

4 2で必要ありの場合、ストマ用装具の処方

(別紙6)

\_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

病 院  
診療所

\_\_\_\_\_  
医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具の浣腸器付排便剤の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢

( )

申請者の住所

症 状 の 状 態

○ 浣腸器付排便剤について

1 必要性の有無

必要あり ・ 必要なし

(別紙6)

平成 \_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

病 院  
診療所

\_\_\_\_\_  
医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具の浣腸器付排便剤の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢

( )

申請者の住所

症 状 の 状 態

○ 浣腸器付排便剤について

1 必要性の有無

必要あり ・ 必要なし

2 1の判断理由（具体的に記載してください。）

3 1で必要ありの場合、グリセリン浣腸<sup>かんじょう</sup>の処方

2 1の判断理由（具体的に記載してください。）

3 1で必要ありの場合、グリセリン浣腸<sup>かんじょう</sup>の処方

(別紙7)

\_\_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

病 院  
診療所

\_\_\_\_\_

医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具の重度障害者用意思伝達装置の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

(別紙7)

平成 \_\_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿

病 院  
診療所

\_\_\_\_\_

医 師

症状照会に対する回答書

下記申請者について、補装具の重度障害者用意思伝達装置の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
症 状 の 状 態	
<p>1 重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であるか。 困難である ・ 困難でない</p> <p>2 1で困難である場合、重度障害者用意思伝達装置が必要であるか。 必要あり ・ 必要なし</p> <p>3 1の判断理由（具体的に記載してください。）</p>	
4 2で必要ありの場合	

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
症 状 の 状 態	
<p>1 重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であるか。 困難である ・ 困難でない</p> <p>2 1で困難である場合、重度障害者用意思伝達装置が必要であるか。 必要あり ・ 必要なし</p> <p>3 1の判断理由（具体的に記載してください。）</p>	
4 2で必要ありの場合	

(1) 呼び鈴装置について

必要あり ・ 必要なし

(2) 入力装置（選択するものに○をする）

A：接点式入力装置 B：帯電式入力装置

C：筋電式入力装置 D：光電式入力装置

E：呼気式（吸気式）入力装置

F：圧電素子式入力装置

G：画素処理による眼球注視点検出式装置

(3) (2)の入力装置を選択した理由

（申請者の障害の状態等を具体的に記載してください。）

(1) 呼び鈴装置について

必要あり ・ 必要なし

(2) 入力装置（選択するものに○をする）

A：接点式入力装置 B：帯電式入力装置

C：筋電式入力装置 D：光電式入力装置

E：呼気式（吸気式）入力装置

F：圧電素子式入力装置

G：画素処理による眼球注視点検出式装置

(3) (2)の入力装置を選択した理由

（申請者の障害の状態等を具体的に記載してください。）

(別紙8)

在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業中止申請書

\_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金

理事長 殿

申請者の住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

在宅介護を行う介護人の派遣の中止を申請します。

派遣を中止する年月日

\_\_\_\_年 月 日

※ 後日、再度在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業を受けようとする場合には、あらためて「福祉事業承認申請書」を提出しなければならないものであること。

(別紙8)

在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業中止申請書

平成 \_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金

理事長 殿

申請者の住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

在宅介護を行う介護人の派遣の中止を申請します。

派遣を中止する年月日

平成 \_\_\_\_年 月 日

※ 後日、再度在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業を受けようとする場合には、あらためて「福祉事業承認申請書」を提出しなければならないものであること。

2 精神疾患等の公務上外の認定について（平成12年6月27日消基発第170号）新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
別紙 精神疾患等の認定調査票	別紙 精神疾患等の認定調査票
I 消防団員等に関する調査事項	I 消防団員等に関する調査事項
1 基礎的事項	1 基礎的事項
本人氏名： （男・女） _____ 年 月 日生（発生時 歳・死亡時 歳）	本人氏名： （男・女） <u>昭和・平成</u> 年 月 日生（発生時 歳・死亡時 歳）
身分種別： <input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者	身分種別： <input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者
所属： _____ 消防団 階級： _____ 勤務年数： _____ 年 月	所属： _____ 消防団 階級： _____ 勤務年数： _____ 年 月
消防団の組織図： <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無	消防団の組織図： <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無
年間行事計画書： <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無	年間行事計画書： <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無
2 災害発生の状況等	2 災害発生の状況等
発生日時： _____ 年 月 日（ ） 時 分頃 発生場所： _____	発生日時： <u>平成</u> 年 月 日（ ） 時 分頃 発生場所： _____
傷病名等（ICD-10）： 災害発生の概況：	傷病名等（ICD-10）： 災害発生の概況：
災害発生現場の見取図等（自殺（未遂を含む。）の場合のみ）→ <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無	災害発生現場の見取図等（自殺（未遂を含む。）の場合のみ）→ <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無
本人又は家族の申立書 → <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無	本人又は家族の申立書 → <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無
3 災害発生前の活動状況等（災害発生6か月前から災害発生時までの活動状況等の遷移が分かるように記述すること）	3 災害発生前の活動状況等（災害発生6か月前から災害発生時までの活動状況等の遷移が分かるように記述すること）
本人の所属する組織全体の活動状況：	本人の所属する組織全体の活動状況：

<p>本人の通常の活動内容と災害発生前の活動内容の詳細及びそれらの比較</p> <p>本人の通常の活動内容：</p> <p>本人の災害発生前の活動内容：</p>
<p>消防団活動に関連した異常な出来事への遭遇</p> <p><input type="checkbox"/>有→目撃者等の証言等異常な出来事の内容が分かる資料：<input type="checkbox"/>有（別添） <input type="checkbox"/>無</p> <p>「有」の場合は、その具体的な内容（発生した時間及び場所を含む。）及び原因：</p>
<p>災害発生日及び災害発生前1か月間の活動状況の詳細：</p>
<p>災害発生前6か月間の活動状況（過重な負荷となる可能性のある公務が災害発生の6か月前から引き続いている場合には、その全期間についての勤務状況を調査すること）：</p>

<p>本人の通常の活動内容と災害発生前の活動内容の詳細及びそれらの比較</p> <p>本人の通常の活動内容：</p> <p>本人の災害発生前の活動内容：</p>
<p>消防団活動に関連した異常な出来事への遭遇</p> <p><input type="checkbox"/>有→目撃者等の証言等異常な出来事の内容が分かる資料：<input type="checkbox"/>有（別添） <input type="checkbox"/>無</p> <p>「有」の場合は、その具体的な内容（発生した時間及び場所を含む。）及び原因：</p>
<p>災害発生日及び災害発生前1か月間の活動状況の詳細：</p>
<p>災害発生前6か月間の活動状況（過重な負荷となる可能性のある公務が災害発生の6か月前から引き続いている場合には、その全期間についての勤務状況を調査すること）：</p>

II 本人の職業（勤務者・自営業者）に関する調査事項

1 基礎事項			
勤務者の場合			
所属企業名：		役職名：	
所属企業の組織図： <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無			
自営業者の場合			
業種：	事業年数：	年 月	事業内容：

II 本人の職業（勤務者・自営業者）に関する調査事項

1 基礎事項			
勤務者の場合			
所属企業名：		役職名：	
所属企業の組織図： <input type="checkbox"/> 有（別添） <input type="checkbox"/> 無			
自営業者の場合			
業種：	事業年数：	年 月	事業内容：

<p>本人の業務内容：</p>	<p>本人の業務内容：</p>
<p>2 災害発生前の業務従事状況等</p> <p>本人の属する組織全体の業務状況：</p> <p>本人の業務内容及び分担状況（災害発生6か月前から災害発生時までに異動があった場合は異動ごとに記述すること）</p> <p>本人に通常割り振られた業務内容：</p> <p>本人に特に割り振られた業務内容：</p> <p>災害発生時の職への就任年月日：____年 月 日  （なお、現在の担当業務が災害発生時と異なる場合にはその担当時期：____年 月 日）</p> <p>災害発生前6か月間の勤務状況：</p>	<p>2 災害発生前の業務従事状況等</p> <p>本人の属する組織全体の業務状況：</p> <p>本人の業務内容及び分担状況（災害発生6か月前から災害発生時までに異動があった場合は異動ごとに記述すること）</p> <p>本人に通常割り振られた業務内容：</p> <p>本人に特に割り振られた業務内容：</p> <p>災害発生時の職への就任年月日：平成 年 月 日  （なお、現在の担当業務が災害発生時と異なる場合にはその担当時期：平成 年 月 日）</p> <p>災害発生前6か月間の勤務状況：</p>
<p>Ⅲ （略）</p> <p>備考 （略）</p>	<p>Ⅲ （略）</p> <p>備考 （略）</p>

3 脳血管疾患及び虚血性心疾患等公務上災害の認定について（平成14年11月18日消基発第334号）新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
別紙 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の公務関連疾患の認定調査票	別紙 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の公務関連疾患の認定調査票
<p>1 一般的事項</p> <p>氏名： （<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女） _____ 年 月 日生（発症時 歳）</p> <p>種別 <input type="checkbox"/>消防団員 <input type="checkbox"/>水防団員 <input type="checkbox"/>消防作業従事者 <input type="checkbox"/>水防従事者 <input type="checkbox"/>応急措置従事者 <input type="checkbox"/>救急業務協力者</p> <p>所属消防団名等 { ① 消防（水防）団の名称 ② 入団年月日 _____ 年 月 日 ③ 発症時の階級（在職年数 年 月）</p> <p>職業 ① 職業名 _____ ② 1日当たりの就労時間及び業務の具体的内容 _____ ③ 発症日前1週間の1日毎の就労時間（繁忙な状況があった場合は、その業務の具体的内容） _____</p>	<p>1 一般的事項</p> <p>氏名： （<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女） <u>昭・平</u> 年 月 日生（発症時 歳）</p> <p>種別 <input type="checkbox"/>消防団員 <input type="checkbox"/>水防団員 <input type="checkbox"/>消防作業従事者 <input type="checkbox"/>水防従事者 <input type="checkbox"/>応急措置従事者 <input type="checkbox"/>救急業務協力者</p> <p>所属消防団名等 { ① 消防（水防）団の名称 ② 入団年月日 <u>昭・平</u> 年 月 日 ③ 発症時の階級（在職年数 年 月）</p> <p>職業 ① 職業名 _____ ② 1日当たりの就労時間及び業務の具体的内容 _____ ③ 発症日前1週間の1日毎の就労時間（繁忙な状況があった場合は、その業務の具体的内容） _____</p>
<p>2 疾患に関する事項</p> <p>(1) 疾病名 _____（<input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>療養）</p> <p>(2) 発症日時 _____ 年 月 日 時 分頃</p> <p>(3) 場 所 _____</p>	<p>2 疾患に関する事項</p> <p>(1) 疾病名 _____（<input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>療養）</p> <p>(2) 発症日時 <u>平成</u> 年 月 日 時 分頃</p> <p>(3) 場 所 _____</p>
<p>3 災害発生前の消防業務の従事状況に関する事項</p>	<p>3 災害発生前の消防業務の従事状況に関する事項</p>



(2) 発症日前1週間の公務従事状況の詳細（発症日前1週間以内に火災、風水害、訓練、特別警戒等の消防業務に継続して従事している場合又はこれに相当する場合には、その間に従事していた業務の作業内容、作業方法、作業量（時間）等の業務遂行状況を日毎に具体的に記載のこと。）

① ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

② ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

③ ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(3) 発症日前1か月間の公務従事状況の概要（発症日前1か月間に消防業務に継続して従事している場合又はこれに相当する場合には、その間に従事していた業務の作業内容、作業方法、作業量（時間）等の業務遂行状況の概要を日毎に記載のこと。）

① ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

② ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

③ ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(2) 発症日前1週間の公務従事状況の詳細（発症日前1週間以内に火災、風水害、訓練、特別警戒等の消防業務に継続して従事している場合又はこれに相当する場合には、その間に従事していた業務の作業内容、作業方法、作業量（時間）等の業務遂行状況を日毎に具体的に記載のこと。）

① ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

② ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

③ ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(3) 発症日前1か月間の公務従事状況の概要（発症日前1か月間に消防業務に継続して従事している場合又はこれに相当する場合には、その間に従事していた業務の作業内容、作業方法、作業量（時間）等の業務遂行状況の概要を日毎に記載のこと。）

① ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

② ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

③ ○月○日 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<p>(4) 発症日前6か月間の公務従事状況の概要（必ずしも全期間について調査する必要はなく、相当程度の精神的又は肉体的な負荷を与えたと認められる消防業務について重点的に調査し、その作業内容、作業方法、作業量（時間）等の業務遂行状況を日毎に記載のこと。）</p> <p>① ○月○日 _____          _____          _____</p> <p>② ○月○日 _____          _____          _____</p> <p>③ ○月○日 _____          _____          _____</p>	<p>(4) 発症日前6か月間の公務従事状況の概要（必ずしも全期間について調査する必要はなく、相当程度の精神的又は肉体的な負荷を与えたと認められる消防業務について重点的に調査し、その作業内容、作業方法、作業量（時間）等の業務遂行状況を日毎に記載のこと。）</p> <p>① ○月○日 _____          _____          _____</p> <p>② ○月○日 _____          _____          _____</p> <p>③ ○月○日 _____          _____          _____</p>
<p>4 発症後の医師の所見等に関する事項</p> <p>(1) 疾病に係る主治医の所見（別添 NO のとおり）</p> <p>(2) 疾病に係る医学的資料（別添 NO のとおり）</p> <p>ア 診断書・意見</p> <p>イ 死亡診断書（死体検案書）・解剖所見</p> <p>ウ 診療録又は診療要約</p> <p>エ CT、MRA、MRI、冠動脈造影、超音波検査、X線写真等画像及び心電図</p> <p>オ 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等</p>	<p>4 発症後の医師の所見等に関する事項</p> <p>(1) 疾病に係る主治医の所見（別添 NO のとおり）</p> <p>(2) 疾病に係る医学的資料（別添 NO のとおり）</p> <p>ア 診断書・意見</p> <p>イ 死亡診断書（死体検案書）・解剖所見</p> <p>ウ 診療録又は診療要約</p> <p>エ CT、MRA、MRI、冠動脈造影、超音波検査、X線写真等画像及び心電図</p> <p>オ 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等</p>

<p>(3) 発症後の療養経過 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>療養中（その状況を以下に記入） <input type="checkbox"/>職場復帰</p> <p>ア 療養内容（ ）</p> <p>イ 療養期間（入院、通院別）（ ）</p> <p>ウ 医療機関名（ ）</p> <p>エ 現況（ ）</p>	<p>(3) 発症後の療養経過 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>療養中（その状況を以下に記入） <input type="checkbox"/>職場復帰</p> <p>ア 療養内容（ ）</p> <p>イ 療養期間（入院、通院別）（ ）</p> <p>ウ 医療機関名（ ）</p> <p>エ 現況（ ）</p>
<p>5 発症前の身体的状況に関する事項</p> <p>(1) 経年的な健康診断（職場検診、住民検診又は成人病検診）結果の記録 （別添 NO のとおり）</p> <p>※【健康診断記録がない場合には、身長（ m cm）及び体重（ kg） を記載のこと。】</p> <p>(2) 既往症歴 <input type="checkbox"/>有（以下にその内容を記入） <input type="checkbox"/>無</p> <p>ア 疾病名（ ）</p> <p>イ 医療機関名（ ）</p> <p>ウ 治療状況（ ）</p> <p>(3) 上記(2)に係る素因・基礎疾患の状況及び治療状況についての主治医の所見（別添 NO のとおり）</p> <p>(4) 医学的資料（別添 NO のとおり）</p> <p>ア 診断書</p> <p>イ 診療録又は診療要約</p> <p>ウ CT、MRA、MRI、冠動脈造影、超音波検査、X線写真等画像及び心電図</p> <p>エ 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等</p>	<p>5 発症前の身体的状況に関する事項</p> <p>(1) 経年的な健康診断（職場検診、住民検診又は成人病検診）結果の記録 （別添 NO のとおり）</p> <p>※【健康診断記録がない場合には、身長（ m cm）及び体重（ kg） を記載のこと。】</p> <p>(2) 既往症歴 <input type="checkbox"/>有（以下にその内容を記入） <input type="checkbox"/>無</p> <p>ア 疾病名（ ）</p> <p>イ 医療機関名（ ）</p> <p>ウ 治療状況（ ）</p> <p>(3) 上記(2)に係る素因・基礎疾患の状況及び治療状況についての主治医の所見（別添 NO のとおり）</p> <p>(4) 医学的資料（別添 NO のとおり）</p> <p>ア 診断書</p> <p>イ 診療録又は診療要約</p> <p>ウ CT、MRA、MRI、冠動脈造影、超音波検査、X線写真等画像及び心電図</p> <p>エ 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等</p>
<p>6 その他の事項</p>	<p>6 その他の事項</p>

<p>(1) 発症前の趣味、し好等の状況</p> <p>ア 趣味、スポーツ等 <input type="checkbox"/>有 (内容 ) <input type="checkbox"/>無</p> <p>イ し好品の状況</p> <p><input type="checkbox"/>タバコ ( 本/日) <input type="checkbox"/>飲酒 (<input type="checkbox"/>日本酒 ( 合/日)</p> <p><input type="checkbox"/>ビール ( 本/日) <input type="checkbox"/>洋酒 ( 杯/日)</p> <p><input type="checkbox"/>コーヒー ( 杯/日)</p> <p>ウ 薬の服用状況 (高血圧症、動脈硬化症、脂質異常症等に係る薬剤名等)</p> <p><input type="checkbox"/>有 (薬剤名 服用頻度・量 ) <input type="checkbox"/>無</p> <p>エ 自動車の保有、発症前の運転の状況等 <input type="checkbox"/>有 (週 日運転 ) <input type="checkbox"/>無</p>	<p>(1) 発症前の趣味、し好等の状況</p> <p>ア 趣味、スポーツ等 <input type="checkbox"/>有 (内容 ) <input type="checkbox"/>無</p> <p>イ し好品の状況</p> <p><input type="checkbox"/>タバコ ( 本/日) <input type="checkbox"/>飲酒 (<input type="checkbox"/>日本酒 ( 合/日)</p> <p><input type="checkbox"/>ビール ( 本/日) <input type="checkbox"/>洋酒 ( 杯/日)</p> <p><input type="checkbox"/>コーヒー ( 杯/日)</p> <p>ウ 薬の服用状況 (高血圧症、動脈硬化症、脂質異常症等に係る薬剤名等)</p> <p><input type="checkbox"/>有 (薬剤名 服用頻度・量 ) <input type="checkbox"/>無</p> <p>エ 自動車の保有、発症前の運転の状況等 <input type="checkbox"/>有 (週 日運転 ) <input type="checkbox"/>無</p>
<p>(2) 発症日の気象状況</p> <p>天気 ( ) 気温 ( ) 湿度 ( )</p>	<p>(2) 発症日の気象状況</p> <p>天気 ( ) 気温 ( ) 湿度 ( )</p>
<p>(3) 救急活動記録票の写し (別添 NO のとおり)</p>	<p>(3) 救急活動記録票の写し (別添 NO のとおり)</p>
<p>(4) その他公務上災害の認定に際し、必要と思われる資料 (別添 NO のとおり)</p>	<p>(4) その他公務上災害の認定に際し、必要と思われる資料 (別添 NO のとおり)</p>
<p>備考 (略)</p>	<p>備考 (略)</p>



				重篤な 事案	案	
連 絡 先	所属		担当者			
	TEL		(内線・直通)			
	Fax					
	E-mail					

※受理年月日	____年 月 日
--------	-----------

速報については、ファクシミリ又は電子メールでお願いします。(本速報の様式については、消防基金のホームページ(「業務紹介」→「公務災害補償・福祉給付」中の第8)からダウンロードできます。)

F a x : 03-3581-7720 E - m a i l : saigai@syouboukikin.jp

消防基金連絡先：災害補償課 (TEL) 03-3595-0542

別紙2

発第 号

\_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金常務理事 殿

市町村長・組合管理者

消防団員等の災害に係る事前協議について(依頼)

標記について、関係資料を添えて下記のとおり協議します。

記

- 1 被災団員等氏名 \_\_\_\_\_
- 2 所属消防団名(※) \_\_\_\_\_  
※民間協力者の場合は、居住する市町村名
- 3 協議内容 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

				重篤な 事案	案	
連 絡 先	所属		担当者			
	TEL		(内線・直通)			
	Fax					
	E-mail					

※受理年月日	平成 ____年 月 日
--------	--------------

速報については、ファクシミリ又は電子メールでお願いします。(本速報の様式については、消防基金のホームページ(「業務紹介」→「公務災害補償・福祉給付」中の第8)からダウンロードできます。)

F a x : 03-3581-7720 E - m a i l : saigai@syouboukikin.jp

消防基金連絡先：災害補償課 (TEL) 03-3595-0542

別紙2

発第 号

平成 \_\_\_\_年 月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金常務理事 殿

市町村長・組合管理者

消防団員等の災害に係る事前協議について(依頼)

標記について、関係資料を添えて下記のとおり協議します。

記

- 1 被災団員等氏名 \_\_\_\_\_
- 2 所属消防団名(※) \_\_\_\_\_  
※民間協力者の場合は、居住する市町村名
- 3 協議内容 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

別紙 3

消基発第 号  
年 月 日

市町村長・組合管理者 殿

消防団員等公務災害補償等共済基金常務理事

消防団員等の災害に係る事前協議について（通知）

年 月 日付 発第 号をもって依頼のあった消防団員等  
氏に係る協議の件については、下記のとおり回答します。

記

(回答内容)

別紙 4

年 月 日

市町村・組合 殿

消防団員等公務災害補償等共済基金

消防団員等に係る公務災害等の該当可否について（通知）

年 月 日付をもって速報のあった消防団員等に係る災害については、  
下記のとおり判断しましたので通知します。

記

- 1 氏 名 \_\_\_\_\_
- 2 種別（団員・従事者） \_\_\_\_\_
- 3 災害発生年月日 \_\_\_\_\_年 月 日

別紙 3

消基発第 号  
平成 年 月 日

市町村長・組合管理者 殿

消防団員等公務災害補償等共済基金常務理事

消防団員等の災害に係る事前協議について（通知）

平成 年 月 日付 発第 号をもって依頼のあった消防団員等  
氏に係る協議の件については、下記のとおり回答します。

記

(回答内容)

別紙 4

平成 年 月 日

市町村・組合 殿

消防団員等公務災害補償等共済基金

消防団員等に係る公務災害等の該当可否について（通知）

平成 年 月 日付をもって速報のあった消防団員等に係る災害については、  
下記のとおり判断しましたので通知します。

記

- 1 氏 名 \_\_\_\_\_
- 2 種別（団員・従事者） \_\_\_\_\_
- 3 災害発生年月日 平成 年 月 日

4 判 断 内 容

---

---

---

---

(連絡先)  
災害補償課  
T E L : 03-3595-0542  
F a x : 03-3581-7720  
E - m a i l : saigai@syouboukikin.jp

4 判 断 内 容

---

---

---

---

(連絡先)  
災害補償課  
T E L : 03-3595-0542  
F a x : 03-3581-7720  
E - m a i l : saigai@syouboukikin.jp