

# 診断書 (循環器疾患の障害用)

内

氏名		昭和 年 月 日生( 歳)		男・女	
住所		住所地の郵便番号		郡市区 町区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		昭和 年 月 日 <small>診療録で確認 本人の申立て ( 年 月 日)</small>	
④ 傷病の原因又は誘因		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 年 月 日 <small>診療録で確認 本人の申立て ( 年 月 日)</small>	
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		⑥ 既往症	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合……治った日 平成 年 月 日		確認 推 定	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っていない場合……症状のよくなる見込		有・無・不明	
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項		診療回数		年間 回、月平均 回	
		手術歴		手術名( ) 手術年月日( 年 月 日)	
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長 cm		最大 mmHg	
		体重 kg		最小 mmHg	
		脈 拍		降圧薬服用	
		回/分		無・有	
障 害 の 状 態					
⑪ 循環器疾患 (平成 年 月 日現症)					
1 臨床所見			2 一般状態区分表 (平成 年 月 日) <small>(該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)</small>		
(1) 自覚症状 動悸 (無・有・著) 呼吸困難 (無・有・著) 息切れ (無・有・著) 胸痛 (無・有・著) 咳 (無・有・著) 痰 (無・有・著) 失神 (無・有)			(2) 他覚所見 チアノーゼ (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 頸静脈怒張 (無・有) ばち状指 (無・有) 尿量減少 (無・有) 器質的雑音 (無・有) (Levine 度)		
3 検査所見			(3) 動脈血ガス分析値 (平成 年 月 日)		
(1) 心電図所見 <small>(心電図所見のあるものは、必ず心電図(コピー)を添付してください。)</small>			動脈血 O <sub>2</sub> 分圧 Torr 動脈血 CO <sub>2</sub> 分圧 Torr		
① 安静時心電図 (平成 年 月 日)			(4) 心カテーテル検査 (平成 年 月 日)		
心室性期外収縮 (無・有) 完全房室ブロック (無・有) 心房細動・粗動 (無・有) Mobitz II型房室ブロック (無・有) 完全左脚ブロック (無・有) 0.2mV以上のST低下 (無・有) 陳旧性心筋梗塞 (無・有) 深い陰性T波 (無・有 ( mV)) その他 ( )			左室駆出率 EF % 冠動脈れん縮誘発試験 (無・有) (陰性・陽性) 所見		
② 負荷心電図 (無・有) (平成 年 月 日)			(5) 心エコー検査 (平成 年 月 日)		
(陰性・疑陽性・陽性) METs			左室拡張期径 mm 左室収縮期径 mm 左室駆出率 EF % 所見		
③ ホルター心電図 (無・有) (平成 年 月 日)					
(所見)					
(2) 胸部X線所見 (平成 年 月 日)					
心胸郭係数 ( % ) 肺静脈うっ血 (無・有・著)					
4 その他の所見 (平成 年 月 日)					

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

( ) 障 害 認 定 に 必 ず 記 入 し て く だ さ い 。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

障 害 の 状 態

⑫ 疾患別所見 (平成 年 月 日現症) (該当する疾患について記入してください。)

1 不 整 脈

- (1) 難治性不整脈 無 ・ 有 ( ) (平成 年 月 日)
- (2) ペースメーカー治療 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (3) 植込み型除細動器 (ICD) 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (4) その他 ( )

2 先天性心疾患・弁疾患

- (1) 先天性心疾患の場合  
 症状の出現時期 (昭和・平成 年 月 日)  
 小・中学生時代の体育の授業 普通にできた 参観していた
- (2) 弁疾患の場合  
 原因疾患  
 発病時期 (昭和・平成 年 月 日)
- (3) 人工弁置換術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (4) その他の手術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (5) その他 ( )

3 虚血性心疾患

- (1) 梗塞後狭心症 無 ・ 有
- (2) 心室性期外収縮 無 ・ 有 (Lown 度)
- (3) インターベンション 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)、計 回、手技( )
- (4) ACバイパス術 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)
- (5) 再狭窄 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (6) その他の手術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (7) その他 ( )

4 高 血 圧 症

- (1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名： ) (2) 検査成績
- (3) 一過性脳虚血発作の既往 無 ・ 有 : 1年以内・1年以上前 ( 年 月頃)
- (4) 眼底検査所見 (平成 年 月 日)  
 KW ・ Scheie ・ その他 ( 法 ) : \_\_\_\_\_
- (5) その他の合併症 (大動脈解離、大動脈瘤、末梢動脈閉塞など)  
 無 ・ 有 (病名： )
- (6) 血清クレアチニン濃度 mg/dl 尿蛋白の有無 ( - ・ ± ・ + ・ ++ )

血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用
・ ・			無・有
・ ・			無・有
・ ・			無・有

5 その他の循環器疾患

- (1) 手術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (2) その他 ( )

⑬ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入して下さい)

⑭ 予 後 (必ず記入して下さい)

⑮ 備 考

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称  
 所 在 地

診療担当科名  
 医師氏名

印

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の障害給付を受けようとする人が、その裁定請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表、厚生年金保険法施行令別表又は船員保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
〔 また、この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕
- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。）
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) ①～⑪及び⑬～⑮の欄は、全て記入してください。⑫の欄については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に記入する必要がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) ⑫の欄の「4 高血圧症」の「(4) 眼底検査所見」は、過去3か月間において、病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。
- 5 心電図所見のあるものは、この診断書の外に、心電図（コピー）を必ず添えてください。