

内

国民年金
厚生年金保険

診断書

(循環器疾患の障害用)

(フリガナ) 氏名		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所		住所地の郵便番号		都道府県		郡市区	
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て (年 月 日)	
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日(<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日)		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		<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 推定	
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見		初診年月日		(<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 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	
⑩ 計 測		身長		cm		脈 拍	
(平成 年 月 日計測)		体重		kg		回/分	
				血 圧		最 大	
				最 小		mmHg	
						降圧薬服用	
						<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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)			
(1) 自覚症状				(該当するものを選んでどれか一つを選択してください。)			
(2) 他覚所見				<input type="checkbox"/> ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの			
動悸 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				<input type="checkbox"/> イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など			
呼吸困難 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				<input type="checkbox"/> ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働は できないが、日中の50%以上は起居しているもの			
息切れ (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				<input type="checkbox"/> エ 身のまわりのある程度のことではできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上 は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの			
胸痛 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				<input type="checkbox"/> オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範 囲がおおむねベッド周辺に限られるもの			
咳 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)							
痰 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)							
失神 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)							
(Levine 度)							
3 心機能分類 (NYHA) (<input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II・ <input type="checkbox"/> III・ <input type="checkbox"/> IV)				(4) 心カテーテル検査 (平成 年 月 日)			
4 検査所見				左室駆出率 EF %			
(1) 心電図所見				冠動脈れん縮誘発試験 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) (<input type="checkbox"/> 陰性・ <input type="checkbox"/> 陽性)			
(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。)				左主幹部に50%以上の狭窄 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
① 安静時心電図 (平成 年 月 日)				3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
心室性期外収縮 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				所見			
完全房室ブロック (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				(5) 心エコー検査 (平成 年 月 日)			
心房細動・粗動 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				左室拡張期径 mm			
Mobitz II型房室ブロック (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				左室収縮期径 mm			
完全左脚ブロック (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				左室駆出率 EF %			
0.2mV以上のST低下 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				所見(左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)			
陳旧性心筋梗塞 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)							
深い陰性T波 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (mV)							
その他 ()							
② 負荷心電図 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) (平成 年 月 日)							
(<input type="checkbox"/> 陰性・ <input type="checkbox"/> 疑陽性・ <input type="checkbox"/> 陽性) MET s							
③ ホルター心電図 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)							
(3) 動脈血ガス分析値 (平成 年 月 日)				(6) 血液検査 (平成 年 月 日)			
動脈血 O ₂ 分圧 Torr				BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) pg/mL			
動脈血 CO ₂ 分圧 Torr				NT-pro BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント) pg/mL			
5 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」のどちらかを選択し、

(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。

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 心筋疾患

(1) 肥大型心筋症 無 ・ 有

(2) 拡張型心筋症 無 ・ 有

(3) その他の心筋症 無 ・ 有

(4) 所見 ()

2 虚血性心疾患

(1) 心不全症状 無 ・ 軽労作で有 ・ 安静時有

(2) 狭心症状 無 ・ 軽労作で有 ・ 安静時有

(3) 梗塞後狭心症状 無 ・ 軽労作で有 ・ 安静時有

(4) 心室性期外収縮 無 ・ 有 (Lown 度)

(5) インターベンション 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)、計 回、手技()

(6) A C バイパス術 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)

(7) 再狭窄 無 ・ 有 (平成 年 月 日)

(8) その他の手術 無 ・ 有 (手術名) (平成 年 月 日)

(9) その他 ()

3 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 ()

4 大動脈疾患

(1) 胸部大動脈解離 無 ・ 有 Stanford分類 (A型 ・ B型) (平成 年 月 日)

(2) 大動脈瘤 無 ・ 有 (部位：胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (最大血管短径 cm) (平成 年 月 日)

(3) 人工血管 無 ・ 有 (部位：胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (平成 年 月 日)

(4) ステントグラフト 無 ・ 有 (部位：胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (平成 年 月 日)

(5) その他の手術 無 ・ 有 (手術名) (平成 年 月 日)

(6) その他 ()

注：高血圧症がある場合は、「7 高血圧症」にも記載してください。

5 先天性心疾患・弁疾患

(1) 先天性心疾患の場合 (4) 肺体血流比 _____

症状の出現時期 (昭和 ・ 平成 年 月 日) (5) 肺動脈収縮期圧 _____ mmHg

小・中学生時代の体育の授業 普通にできた 参観していた (6) 人口弁置換術 無 ・ 有

(2) 弁疾患の場合 (手術名) (平成 年 月 日)

原因疾患 (7) その他の手術 無 ・ 有

発病時期 (昭和 ・ 平成 年 月 日) (手術名) (平成 年 月 日)

(3) Eisenmenger症候群 無 ・ 有 (8) その他 ()

6 重症心不全

(1) 心臓移植 無 ・ 有 (平成 年 月 日)

(2) 人工心臓 無 ・ 有 (平成 年 月 日)

(3) 心臓再同期医療機器 (CRT) 無 ・ 有 (平成 年 月 日)

(4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D) 無 ・ 有 (平成 年 月 日)

7 高血圧症

(1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名：) (4) 眼底検査所見 (平成 年 月 日)

(2) 検査成績 KW・Scheie・その他(法)： _____

血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用
・ ・			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種)
・ ・			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種)
・ ・			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種)

(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 (- ・ ± ・ + ・ ++)

(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)

8 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 (必ず記入してください。)

⑭ 予後 (必ず記入してください。)

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 診療担当科名

所在地 医師氏名 印