

内 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 <input type="checkbox"/> 令和	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 傷病の発生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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 または誘因		初診年月日( <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 確認・ <input type="checkbox"/> 推定
		傷病が治っていない場合		症状のよくなる見込 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
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		身長	cm	脈 拍	回/分	血 圧
( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日計測)		体 重	kg			最 大 mmHg
						最 小 mmHg
						降圧薬服用 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
⑪ 障 害 の 状 態						
⑪ 循 環 器 疾 患 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日現症)						
1 臨 床 所 見			2 一 般 状 態 区 分 表 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			
(1) 自 覚 症 状			(該当するものを選んでどれか一つにチェックしてください。)			
動 悸 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			<input type="checkbox"/> ア 無症状で社会生活ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの			
呼 吸 困 難 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			<input type="checkbox"/> イ 軽度の症状があり、肉體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			
息 切 れ ( <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			
胸 痛 ( <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			
咳 ( <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			
痰 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						
失 神 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )						
(2) 他 覚 所 見						
チアノーゼ ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						
浮 腫 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						
頸 静 脈 怒 張 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )						
ば ち 状 指 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )						
尿 量 減 少 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )						
器 質 的 雑 音 ( <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 検 査 所 見			(4) 心カテーテル検査 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			
(1) 心電図所見			左 室 駆 出 率 EF %			
(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。)			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 )			
① 安静時心電図 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			左 主 幹 部 に 50% 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 )			3本的主要冠動脈に75%以上の狭窄 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )			
心房細動・粗動 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )			所 見			
完全左脚ブロック ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )						
Mobiz II型房室ブロック ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )						
0.2mV以上のST低下 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )						
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 ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			(5) 心エコー検査 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			
( <input type="checkbox"/> 陰性・ <input type="checkbox"/> 疑陽性・ <input type="checkbox"/> 陽性 ) METs			左 室 拡 張 期 径 mm 左 室 収 縮 期 径 mm			
③ ホルター心電図 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			左 室 駆 出 率 EF %			
(所見 )			所 見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)			
(2) 胸部X線所見 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)						
心 胸 郭 係 数 ( % )						
肺 静 脈 う つ 血 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						
(3) 動脈血ガス分析値 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			(6) 血液検査 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			
動脈血 O <sub>2</sub> 分圧 Torr			BNP値(脳性ナトリウム利尿ペプチド) Pg/m L			
動脈血 CO <sub>2</sub> 分圧 Torr			NT-proBNP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/m L			
5 その他の所見 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)						

「診療録で確認または本人の申立てのどちらかにチェックをして  
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 の 状 態																			
⑫ 疾患別所見		(該当する疾患について記入してください。)																	
( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日現症)																			
<b>1 心筋疾患</b>																			
(1)肥大型心筋症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有																		
(2)拡張型心筋症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有																		
(3)その他の心筋症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有																		
(4)所見(																			
<b>2 虚血性心疾患</b>																			
(1)心不全症状	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 軽労作で有・ <input type="checkbox"/> 安静時有																		
(2)狭心症状	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 軽労作で有・ <input type="checkbox"/> 安静時有																		
(3)梗塞後狭心症状	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 軽労作で有・ <input type="checkbox"/> 安静時有																		
(4)心室性期外収縮	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (Lown 度)																		
(5)インターベンション	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 初回: ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)、計 回、手技(																		
(6)A C バイパス術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 初回: ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(7)再狭窄	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(8)その他の手術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (手術名 ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(9)その他(																			
<b>3 不整脈</b>																			
(1)難治性不整脈	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(2)ペースメーカー治療	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(3)植込み型除細動器(ICD)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(4)その他(																			
<b>4 大動脈疾患</b>																			
(1)胸部大動脈解離	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 Stanford分類 ( <input type="checkbox"/> A型・ <input type="checkbox"/> B型) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(2)大動脈瘤	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 胸腹部・ <input type="checkbox"/> 腹部) (最大血管短径 cm) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(3)人工血管	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 胸腹部・ <input type="checkbox"/> 腹部) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(4)ステントグラフト	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 胸腹部・ <input type="checkbox"/> 腹部) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(5)その他の手術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (手術名 ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(6)その他(																			
<b>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。</b>																			
<b>5 先天性心疾患・弁疾患</b>																			
(1)先天性心疾患の場合	症状の出現時期 ( <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)	(4)肺体血流比	_____																
小・中学生時代の体育の授業 <input type="checkbox"/> 普通にできた <input type="checkbox"/> 参観していた		(5)肺動脈収縮期圧	_____ mmHg																
(2)弁疾患の場合	原因疾患	(6)人工弁置換術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (手術名 ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																
発病時期 ( <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)		(7)その他の手術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (手術名 ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																
(3)Eisenmenger症候群 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		(8)その他(																	
<b>6 重症心不全</b>																			
(1)心臓移植	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(2)人工心臓	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(3)心臓再同期医療機器(CRT)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(4)除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
<b>7 高血圧症</b>																			
(1) <input type="checkbox"/> 本態性高血圧症・ <input type="checkbox"/> 二次性高血圧症(病名: )	(4)眼底検査所見 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																		
(2)検査成績	<input type="checkbox"/> KW・ <input type="checkbox"/> Scheie・ <input type="checkbox"/> その他( 法): _____																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>血圧測定年月日</th> <th>最大血圧</th> <th>最小血圧</th> <th>降圧薬服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有( 種)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有( 種)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有( 種)</td> </tr> </tbody> </table>	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) <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(病名: )		
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)																
尿蛋白の有無 ( <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++)	(6)血清クレアチニン濃度 _____ mg/dl																		
(3)一過性脳虚血発作の既往 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 1年以内・ <input type="checkbox"/> 1年以上前 ( 年 月頃)																			
<b>8 その他の循環器疾患</b>																			
(1)手術 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (手術名 ) ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)																			
(2)その他(																			
<b>⑬ 現症時の日常生活活動能力および労働能力 (必ず記入してください。)</b>																			
<b>⑭ 予 後 (必ず記入してください。)</b>																			
<b>⑮ 備 考</b>																			

上記のとおり、診断します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 病院または診療所の名称 \_\_\_\_\_ 診療担当科名  
 所在地 \_\_\_\_\_ 医師氏名