

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)
		③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日	<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
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、肉体的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のことはできるが、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)					
奇異雑音 (<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本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		
完全房室ブロック (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)			所見		
心房細動・粗動 (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)					
Mobitz II型房室ブロック (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)					
完全左脚ブロック (<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 (%)					
肺静脈うっ血 (<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 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-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/mL		
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 (平成令和 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: (平成令和 年 月 日)、計 回、手技()
 (6)A C バイパス術 無・有 初回: (平成令和 年 月 日)
 (7)再狭窄 無・有 (平成令和 年 月 日)
 (8)その他の手術 無・有 (手術名) (平成令和 年 月 日)
 (9)その他()

3 不整脈
 (1)難治性不整脈 無・有 () (平成令和 年 月 日)
 (2)ペースメーカー治療 無・有 (平成令和 年 月 日)
 (3)植込み型除細動器(ICD) 無・有 (平成令和 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) (平成令和 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) (平成令和 年 月 日)
 (3)人工血管 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部) (平成令和 年 月 日)
 (4)ステントグラフト 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部) (平成令和 年 月 日)
 (5)その他の手術 無・有 (手術名) (平成令和 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 (昭和平成令和 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)人工弁置換術 無・有
 (2)弁疾患の場合 (手術名) (平成令和 年 月 日)
 原因疾患 (7)その他の手術 無・有
 発病時期 (昭和平成令和 年 月 日) (手術名) (平成令和 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 (平成令和 年 月 日)
 (2)人工心臓 無・有 (平成令和 年 月 日)
 (3)心臓再同期医療機器(CRT) 無・有 (平成令和 年 月 日)
 (4)除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D) 無・有 (平成令和 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 (平成令和 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) (平成令和 年 月 日)
 (2)その他()

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。)
 ⑭ 予後 (必ず記入してください。)
 ⑮ 備考

上記症状が障害基礎年金1級の状態に 該当する ・ 該当しない
 将来再認定年月 年 月 日

上記の通り診断します。

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