

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			昭和 平成 令和		年 月 日生 (歳)		性別	男 ・ 女		
住 所		住所地の郵便番号			都道府県 都市 区							
① 障害の原因 となった 傷 病 名					② 傷病の発生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日 診 療 録 で 確 認 して (年 月 日)			
					③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日		昭和 平成 令和		年 月 日 診 療 録 で 確 認 して (年 月 日)			
④ 傷病の原因 または誘因		初診年月日 (昭和・平成・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 平成・令和 年 月 日 確 認 推 定			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・令和 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・令和 年 月 日計測)		身 長		cm	脈 拍		血 圧		最 大		mmHg	降圧薬服用
		体 重		kg					回/分		最 小	
障 害 の 状 態												
⑪ 循 環 器 疾 患 (平成 令和 年 月 日現症)												
1 臨 床 所 見						2 一 般 状 態 区 分 表 (平成・令和 年 月 日)						
(1)自 覚 症 状						(2)他 覚 所 見						
動 悸 (無・有・著)						チアノーゼ (無・有・著)						
呼吸困難 (無・有・著)						浮 腫 (無・有・著)						
息 切 れ (無・有・著)						頸 静 脈 怒 張 (無・有)						
胸 痛 (無・有・著)						ば ち 状 指 (無・有)						
咳 (無・有・著)						尿 量 減 少 (無・有)						
痰 (無・有・著)						器 質 的 雑 音 (無・有)						
失 神 (無・有)						(Levine_____度)						
3 心機能分類 (NYHA) (I ・ II ・ III ・ IV)												
4 検 査 所 見						(4)心カテーテル検査 (平成・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 (無 ・ 有) (陰 性 ・ 陽 性)						
① 安静時心電図 (平成・令和 年 月 日)						左 主 幹 部 に 50 % 以 上 の 狭 窄 (無 ・ 有)						
心室性期外収縮 (無・有)						3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無 ・ 有)						
心房細動・粗動 (無・有)						所 見						
完全左脚ブロック (無・有)						(5)心エコー検査 (平成・令和 年 月 日)						
陳旧性心筋梗塞 (無・有)						左室拡張期径 mm 左室収縮期径 mm						
その他 ()						左 室 駆 出 率 EF %						
② 負荷心電図 (無・有) (平成・令和 年 月 日)						所 見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)						
(陰性・疑陽性・陽性) MET s												
③ ホルター心電図 (無・有) (平成・令和 年 月 日)												
(所見)												
(2)胸部X線所見 (平成・令和 年 月 日)												
心胸郭係数 (%)												
肺静脈うっ血 (無・有・著)												
(3)動脈血ガス分析値 (平成・令和 年 月 日)						(6)血液検査 (平成・令和 年 月 日)						
動脈血 O ₂ 分圧 Torr						B N P 値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) p g/mL						
動脈血 CO ₂ 分圧 Torr						N T -pro B N P 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) p g/mL						
5 その他の所見 (平成・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) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

(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。

本人の障害の程度およ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 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							
(2) 弁疾患の場合					(6) 人 工 弁 置 換 術	無	・	有	
原因疾患					(手術名				(平成・令和 年 月 日)
発病時期	(昭和・平成・令和	年	月	日)	(7) そ の 他 の 手 術	無	・	有	
(3) Eisenmenger症候群	無	・	有	(手術名				(平成・令和 年 月 日)	
(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		(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 (種)		無	・	有	(病名：)	
・			無・有 (種)		(6) 血清クレアチニン濃度	mg/dl			
・			無・有 (種)						
尿蛋白の有無 (ー ・ 土 ・ 十 ・ 十十)									
(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