

《循環器疾患の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項 (平成26年6月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項
現在までの治療の内容などは参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。
また、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。

(新設)

⑪3欄 心機能分類
該当するものを○で囲んでください。

⑪4(1)欄 心電図所見
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。

《お願い》

この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。

過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。

診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

様式第120号の6-(1)

国民年金 診断書 (循環器疾患の障害用)

厚生年金保険

氏名 (フリガナ) 氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日 性別 男・女

住所 市町村 都道府県 市区町村

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷病の発生日 昭和 平成 年 月 日 本人の申立日 昭和 平成 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 年 月 日 本人の申立日 昭和 平成 年 月 日

④ 傷病の原因又は誘因 初診年月日(昭和・平成 年 月 日) ⑤ 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 無 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 診療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

⑩ 計 (平成 年 月 日計) 身長 cm 体重 kg 脈拍 回/分 血圧 mmHg 最大 mmHg 最小 mmHg 降圧薬服用 有・無

障害の状況

⑪ 循環器疾患 (平成 年 月 日現症)

1 臨床所見 (1)自覚症状 (無・有・著) チアノーゼ (無・有・著) 動悸 (無・有・著) 呼吸困難 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 息切れ (無・有・著) 頭脳膨脹 (無・有) 胸痛 (無・有・著) ばら状指 (無・有) 咳 (無・有・著) 尿量減少 (無・有) 痰 (無・有・著) 聴覚的雑音 (無・有) 矢 押 (無・有) (Levine 度)

(2)他覚所見

2 一般状態区分表 (平成 年 月 日) (該当するものを適当に○で囲んでください。)

ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、業務前と同程度にふるまえるもの

イ 軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や作業はできるもの

ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し支障が必要となり、軽労働はできないが、日中の50%以上は就労しているもの

エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば支障が必要で、日中の50%以上は就労しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの

オ 身のまわりのこともできず、常に支障が必要とし、終日就労を要し、活動の範囲がほぼベッド周辺に限られるもの

3 心機能分類 (NYHA) (I・II・III・IV)

4 検査所見 (1)心電図所見 (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。)

① 安静時心電図 (平成 年 月 日) 心室性期外収縮 (無・有) 完全房室ブロック (無・有) 心室性期外収縮 (無・有) Mobitz II型房室ブロック (無・有) 完全左房ブロック (無・有) 0.2mV以上のST低下 (無・有) 陣发性心房性 (無・有) 深い陰性T波 (無・有 (mV)) その他 ()

② 負荷心電図 (無・有) (平成 年 月 日) (陰性・疑陽性・陽性) ()

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) 心臓横径 () % 肺動脈うっ血 (無・有・著)

(3)動脈血ガス分析値 (平成 年 月 日) 動脈血 O₂ 分圧 Torr Total 動脈血 CO₂ 分圧 Torr Total

(4)心カテテル検査 (平成 年 月 日) 左室駆出率 正F % 冠動脈 冠動脈狭窄 (無・有) (陰性・陽性) 左主幹部に50%以上の狭窄 (無・有) 3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有) 所見 ()

(5)心エコー検査 (平成 年 月 日) 左室拡張径 mm 左室収縮径 mm 左室駆出率 正F % 所見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)

(6)血液検査 (平成 年 月 日) BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) pg/mL 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 (平成 年 月 日)

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。)

③欄 初めて医師の診療を受けた日
この診断書を作成するための診療日ではなく、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。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑪4欄 検査所見
(3)～(6)については、検査を行った場合には、該当する項目に現症日の直近の結果を記入してください。

(変更)

⑪4(5)欄 心エコー検査
所見欄には、左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等について記入してください。

(変更)

⑪4(6)欄 血液検査
どちらか一方の検査数値を記入してください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

(変更)

⑫ 2 欄 虚血性心疾患

(1)～(3)のいずれかに該当し、症状を有している場合は、「軽労作で有」または「安静時で有」のどちらかを○で囲んでください。

(新設)

⑫ 4 (1)～(4) 欄 大動脈疾患

胸部大動脈解離または大動脈瘤に該当する場合や人工血管またはステントグラフトの挿入がある場合には、該当する分類や部位を○で囲んでください。
また、高血圧症がある場合は、「7 高血圧症」にも記入してください。

(変更)

⑫ 7 (2) 欄 検査成績

降圧薬を服用している場合は、服用している薬の種類数を記入してください。

⑭ 欄 予後

診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

病院または診療所の名称だけでなく、所在地も忘れずに記入してください。

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・安静時で有		
(2) 狭心症状	無・軽労作で有・安静時で有		
(3) 梗塞後狭心症状	無・軽労作で有・安静時で有		
(4) 心室性期外収縮	無・有 (Low 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tent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 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) 人工弁置換術 (手術名) (平成 年 月 日)		
(2) 弁疾患の場合 原因疾患	(7) その他の手術 (手術名) (平成 年 月 日)		
発病時期 (昭和・平成 年 月 日)	(8) その他 ()		
(3) Eisenmenger 症候群 無・有			
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 ()		
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 (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 (- ・ + ・ ++)			
(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。 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	

⑫ 欄

現症日の記入漏れが無いようお願いします。
さらに、1～8 欄までのうち、該当する疾患について記入してください。

(新設)

⑫ 4 (2) 欄 大動脈瘤

大動脈瘤が複数の部位にある場合は、いずれか大きい方の最大血管短径を記入してください。

(新設)

⑫ 6 欄 重症心不全

重症心不全に該当する場合は⑫ 6 欄に記入してください。
なお、重症に該当しない者が「(3) 心臓再同期医療機器 (CRT)」または「(4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D)」を装着した場合は、装着年月日や医療機器 (CRT または CRT-D) を⑮ 備考欄に記入してください。

⑫ 7 (4) 欄 眼底検査所見

過去3カ月間において、症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。

(変更)

⑬ 欄 現症時の日常生活活動能力及び労働能力

現症時の日常生活活動能力については、介助が必要かどうか、また、労働能力についても必ず記入してください。

⑮ 欄 備考

本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。