

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				年 月 日生 (歳)		性別		男 ・ 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		昭和 平成		年 月 日		診 療 録 で 確 認 (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		診 療 録 で 確 認 (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 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 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 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		mmHg		無 ・ 有	
障 害 の 状 態																	
⑪ 循 環 器 疾 患 (平成 年 月 日現症)																	
1 臨 床 所 見 (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)									2 一 般 状 態 区 分 表 (平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○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、発病前と同等にふるまえるもの 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 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 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 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								
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) 心房細動・粗動 (無 ・ 有) Mobitz II型房室ブロック (無 ・ 有) 完全左脚ブロック (無 ・ 有) 0.2mV以上のS T低下 (無 ・ 有) 陳旧性心筋梗塞 (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) _____MET s 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) 心胸郭係数 (%) 肺静脈うっ血 (無 ・ 有 ・ 著)									(4)心カテーテル検査 (平成 年 月 日) 左 室 駆 出 率 EF % 冠 動 脈 れ ん 縮 誘 発 試 験 (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) 左室拡張期径 mm 左室収縮期径 mm 左 室 駆 出 率 EF % 所見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)								
(3)動脈血ガス分析値 (平成 年 月 日) 動脈血 O ₂ 分圧 Torr 動脈血 CO ₂ 分圧 Torr									(6)血液検査 (平成 年 月 日) B N P 値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) p g/mL 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 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) 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 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 工 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			
・ ・						無・有 (種)			
・ ・						無・有 (種)			
・ ・						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。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

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。
- 2 ③の欄は、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。
- 3 ⑨の欄の「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。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑪及び⑬～⑭の欄は、全て記入してください。⑫の欄については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に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。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑪の欄「4 検査所見」の(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。
 - (3) ⑪の欄「4 検査所見」の「(6) 血液検査」は、どちらか一方の検査数値を記入してください。
 - (4) ⑫の欄「6 重症心不全」については、重症心不全に該当する場合は⑫6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)」又は「(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又はCRT-D)を⑮備考欄に記入してください。
 - (5) ⑫の欄「7 高血圧症」の「(4) 眼底検査所見」は、過去3か月間において、病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。
- 5 心電図所見のあるものは、この診断書の外に、**心電図（コピー）**を必ず添えてください。

