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 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	昭和 平成　年　月　日	診療録で確認 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（昭和・平成　年　月　日）	⑤ 既存障害		⑥ 既往症	

「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。

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	回／分	血圧	最大	mmHg	降圧薬服用
	体重	kg				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

動悸	（無・有・著）
呼吸困難	（無・有・著）
息切れ	（無・有・著）
胸痛	（無・有・著）
咳	（無・有・著）
痰	（無・有・著）
失神	（無・有）

(2)他覚所見

チアノーゼ	（無・有・著）
浮腫	（無・有・著）
頸静脈怒張	（無・有）
ばち状指	（無・有）
尿量減少	（無・有）
器質的雑音	（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）	MobitzⅡ型房室ブロック	（無・有）
完全左脚ブロック	（無・有）	0.2mV以上のST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）　METs

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）

(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

(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）

(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）

（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。

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　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) ＡＣ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
　症状の出現時期　（昭和・平成　年　月　日）
　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
　原因疾患
　発病時期　（昭和・平成　年　月　日）
(3) Eisenmenger症候群　無・有
(4) 肺体血流比　＿＿＿＿＿＿
(5) 肺動脈収縮期圧　＿＿＿＿ mmHg
(6) 人工弁置換術　無・有
　（手術名　　）**（平成　年　月　日）**
(7) その他の手術　無・有
　（手術名　　）（平成　年　月　日）
(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：　　）
(2) 検査成績

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）
(4) 眼底検査所見　（平成　年　月　日）
　KW・Scheie・その他（　　法）：＿＿＿＿＿＿
(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

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。　平成　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　　印