

国民年金  
厚生年金保険  
船員保険

# 診 断 書

様式第120号の6-(1)  
(循環器疾患の障害用)

|  |                                    |     |       |     |             |                           |                              |       |       |
|--|------------------------------------|-----|-------|-----|-------------|---------------------------|------------------------------|-------|-------|
| (フリガナ)<br>氏 名  |                                    |     |       |     | 昭和<br>平成    | 年 月 日生 ( 歳)               | 男 ・ 女                        |       |       |
| 住 所  | 住所地の郵便番号                           |     | 郡 市 区 |     | 町 区 村       |                           |                              |       |       |
|  |                                    |     |       |     |             |                           |                              |       |       |
| ① 障害の原因<br>となった<br>傷 病 名                               | ② 傷病の発生年月日                         |     |       |     | 昭和<br>平成    | 年 月 日                     | 診療録で確認<br>本人の申立て<br>( 年 月 日) |       |       |
|  |                                    |     |       |     | 昭和<br>平成    | 年 月 日                     | 診療録で確認<br>本人の申立て<br>( 年 月 日) |       |       |
| ③ ①のため初めて医<br>師の診療を受けた日                                | ④ 傷病の原因<br>又は誘因                    |     |       |     | ⑤ 既存<br>障害  |                           | ⑥ 既往症                        |       |       |
| 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)                                    |                                    |     |       |     |             |                           |                              |       |       |
| ⑦ 傷病が治った (症状が固定して治療<br>の効果が期待できない状態を含<br>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<br>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<br>おける初診時所見<br>初診年月日<br><br>(昭和・平成 年 月 日) |                                    |     |       |     |             |                           |                              |       |       |
| ⑨ 現在までの治療の内<br>容、期間、経過、その<br>他参考となる事項                  |                                    |     |       |     | 診 療 回 数     | 年間                        | 回、月平均                        |       |       |
|  |                                    |     |       |     | 手<br>術<br>歴 | 手術名 ( )<br>手術年月日 ( 年 月 日) |                              |       |       |
| ⑩ 計 測<br>(平成 年 月 日計測)                                  | 身 長                                | c m |       | 脈 拍 | 回 / 分       | 血 圧                       | 最 大                          | mmHg  | 降圧薬服用 |
|  | 体 重                                | k g |       |     |             | 最 小                       | mmHg                         | 無 ・ 有 |       |

「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

# 障 害 の 状 態

## ⑩ 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1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 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 <sub>2</sub> 分圧  | Torr |
| 動脈血 CO <sub>2</sub> 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)
- 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 \_\_\_\_\_

- (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

( ) 障に害認定に記入して必要と思われる項目

### 4 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、斜線により末梢してください。)

(お願い) 太文字の欄は、記入されないように記入してください。

は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

## 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 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 ( )

### 2 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) 人工弁置換術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (4) その他の手術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (5) その他 ( )

### 3 虚血性心疾患

- (1) 梗塞後狭心症 無 ・ 有
- (2) 心室性期外収縮 無 ・ 有 (Lown 度)
- (3) インターベンション 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)、計 回、手技 ( )
- (4) ACPバイパス術 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)
- (5) 再狭窄 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (6) その他の手術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (7) その他 ( )

#### 4 高血圧症

- (1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名: \_\_\_\_\_ )
- (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

#### (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   |
| ・ ・     |      |      | 無・有   |
| ・ ・     |      |      | 無・有   |

尿蛋白の有無 ( - ・ ± ・ + ・ ++ )

#### 5 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

所 在 地

診療担当科名

医師氏名

印