

内

国民年金
厚生年金保険

診断書

(循環器疾患の障害用)

Form with fields for patient name, address, date of birth, gender, medical history, and examination results. Includes sections for symptoms, physical exam, and lab tests.

「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。

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	(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	(Low 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			(6) 人工弁置換術 無 ・ 有																
(2) 弁疾患の場合			(手術名) (平成・令和 年 月 日)																
原因疾患			(7) その他の手術 無 ・ 有																
発病時期 (昭和・平成・令和 年 月 日)			(手術名) (平成・令和 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・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) : _____																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>血圧測定年月日</th> <th>最大血圧</th> <th>最小血圧</th> <th>降圧薬服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・ ・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・ ・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・ ・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> </tbody> </table>	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)			(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：)
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 (- ・ ± ・ + ・ ++)			(6) 血清クレアチニン濃度 _____ mg/dl																
(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

印