

様式第6号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(循環器疾患の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日		H/R	年	月	日生(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	平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て	
				③ ①のため初めて医師の診断を受けた日	平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て	
④ 傷病の原因又は 誘因	初診年月日(H/R		年	月	日)	⑤ 既存 障害	⑥ 既往歴			
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 H/R 年 月 日 (推定・確認)								
		傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明								
⑧ 診断書作成医療機関 おける初診時所見 初診年月日 (H/R 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	血管拡張剤・降圧剤	
		体重	kg			最小	mmHg	無・有		
⑪ 循環器疾患 (令和 年 月 日現症) の 状 態										
1 臨床所見					2 一般状態区分表 (令和 年 月 日)					
(1) 自覚症状					(該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)					
(2) 他覚所見					(但し、乳幼児では、掲げた内容に相当すると考えられる状態とする)					
動悸 (無・有・著)					I 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					
呼吸困難 (無・有・著)					II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動 や作業はできるもの					
胸痛 (無・有・著)					III 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもあ り、軽い運動はできないが、日中の50%以上は起居しているもの					
失神 (無・有)					IV 身のまわりのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、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					
階段昇困難 (無・有・著)					V 身のまわりのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要とし ており、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの					
体重増加不良 (無・有・著)										
II音亢進 (無・有・著)										
器質的雑音 (無・有)										
(Levine 度)										
3 検査所見					(4) 心カテーテル検査 (令和 年 月 日)					
(1) 心電図所見					(4) 心カテーテル検査 (令和 年 月 日)					
(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。)					体心室 (体血圧を維持する心室) 駆出率 EF (%)					
① 安静時心電図 (平成 年 月 日)					左主幹部又は右冠動脈(S1から3)に50%以上の狭窄 (無・有)					
心室性期外収縮 (無・有)					3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有)					
心房細動・粗動 (無・有)					巨大冠動脈瘤 (無・有)					
完全左脚ブロック (無・有)					重度の弁逆流 (無・有)					
0.2mV以上のST低下 (無・有)					収縮期圧50mmHg以上の半月弁狭窄 (無・有)					
左室肥大 (無・有)					所見					
右室肥大 (無・有)										
陳旧性心筋梗塞 (無・有)										
年齢に見合わない異常陰性T波 (無・有 (mV))										
その他 ()										
② 負荷心電図 (無・有) (令和 年 月 日)					(5) 心エコー検査 (令和 年 月 日)					
(陰性・擬陽性・陽性) METs					体心室 (体血圧を維持する心室) 駆出率 EF (%)					
(注) 負荷で重症不整脈(心室頻拍、心室細動)が誘発される場合は陽性とする。					所見(重度の房室弁逆流等)					
③ ホルター心電図 (無・有) (令和 年 月 日)					(6) 血液検査 (令和 年 月 日)					
(所見)					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					
(2) 胸部X線所見 (令和 年 月 日)										
心胸郭計数 (%)										
肺静脈うっ血 (無・有・著)										
肺血流増加又は減少 (無・有・著)										
(3) 動脈血ガス分析又は経皮酸素飽和度 (令和 年 月 日)										
動脈血 O ₂ 分圧 Torr										
動脈血 CO ₂ 分圧 Torr										
経皮酸素飽和度 %										
4 その他の所見(心臓MRI結果含む) (令和 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。)

注 意

- 1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 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。)
- 5 「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は記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により末梢してください。)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「3 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。
- 6 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。
- 7 記入にあたって不明な点がありましたら、下記の担当課までご連絡ください。

連絡先 沖縄県 女性力・ダイバーシティ推進課 (電話 098-866-2500)

障 害 の 状 態																	
⑫ 疾患別所見 (令和 年 月 日現症) (該当する疾患について記入してください。)																	
1 先天性心疾患・後天性心疾患 (1) 症状について (4) 人工弁置換術 無・有 症状の出現時期 (H/R 年 月 日) (手術名) (H/R 年 月 日) 体育の授業 普通にできる 制限している 参観している (5) その他の手術 無・有 (2) 弁疾患の場合 (手術名) (H/R 年 月 日) 原因疾患 (6) その他() 発病時期 (H/R 年 月 日) (7) 後天性心疾患の場合 (3) 循環状態 手術 無・有 (手術名) ①肺高血圧 無・有 その他() ②アイゼンメンジャー症候群 無・有 ③フォンタン循環不全 無・有																	
2 心筋・心膜疾患 (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) 心膜疾患 無・有 心膜疾患の診断名() (5) 所見 ()																	
3 不整脈 (1) 難治性不整脈 無・有 () (H/R 年 月 日) (2) ペースメーカー治療(心臓再同期医療機器(CRT)含む) 無・有 (H/R 年 月 日) (3) 植込み型除細動器 (ICD)又は除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D) 無・有 (H/R 年 月 日) (4) その他 ()																	
4 虚血性心疾患 (1) 心不全症状 無・軽運動で有・安静時有 (2) 狭心症状 無・軽運動で有・安静時有 (3) 梗塞後狭心症状 無・軽運動で有・安静時有 (4) 心室性期外収縮 無・有 (Lown 度) (5) その他の手術 無・有 (手術名) (H/R 年 月 日) (6) その他 ()																	
5 大動脈疾患 (1) 胸部大動脈解離 無・有 Stanford 分類 (A型・B型) (H/R 年 月) (2) 大動脈瘤 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部) (最大血管短径 cm) (H/R 年 月) (3) 人工血管 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部) (H/R 年 月) (4) スtentグラフト 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部) (H/R 年 月) (5) その他の手術 無・有 (手術名) (H/R 年 月) (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。																	
6 重症心不全 (1) 心臓移植 無・有 (H/R 年 月) (2) 人工心臓 無・有 (H/R 年 月) (3) 心臓再同期医療機器(CRT) 無・有 (H/R 年 月) (4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D) 無・有 (H/R 年 月)																	
7 高血圧症 (1) 二次性高血圧症 (病名:) (2) 検査成績 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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)
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)														
8 その他の循環器疾患 (1) 手術 無・有 (手術名) (H/R 年 月 日) (2) その他()																	
⑬ 現症時の日常生活活動能力 (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																	

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。)

上記のとおり、診断します。

令和 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