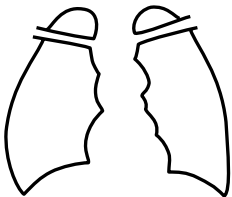


特別障害者手当認定診断書(心臓疾患用)						
(ふりがな) ①氏名			男・女	②生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
③住所				④障害の原因と なった傷病名		
⑤④のため初めて 医師の診 断を受けた日		昭和 平成 令和 年 月 日		⑥傷病発生 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
⑦障害が永続す ると判定され た日		昭和 平成 令和 年 月 日 推定 確認		⑧将来 再認定の要	有 (年後) ・ 無	
現 症	⑨臨床所見 (1) 動悸 (有 ・ 無) (2) 息切れ (有 ・ 無) (3) 呼吸困難 (有 ・ 無) (4) 胸痛 (有 ・ 無) (5) 血痰 (有 ・ 無) (6) チアノーゼ (有 ・ 無) (7) 浮腫 (有 ・ 無) (8) 血圧 (最高 最低) (9) 心拍数 () (10) 脈拍数 () (11) 心音 () (12) 心臓ペース メーカー装置 (有 (昭和 年 月 装着) 無) (13) 人工弁装着 (有 (昭和 年 月 装着) 無) (14) その他の臨床所見			⑩活動能力の程度 (1) 普通の活動でも心不全症状又は狭心症症状が起こらないもの (2) 家庭での普通の活動では何でもないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの (3) 家庭内での極めて温和な活動では何でもないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの (4) 自己の身の動作でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの (5) 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの		
	⑩ X線・心電図所見 (1) 陳旧性心筋梗塞 (有 ・ 無) (2) 脚ブロック (有 ・ 無) (3) 完全房室ブロック (有 ・ 無) (4) 不完全房室ブロック (有 第 度 ・ 無) (5) 心房細動(粗動) (有 ・ 無) 心拍数に対する脈拍数の欠損 (/ 分) (6) STの低下 (有 mV ・ 無) (7) 第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただし、V ₁ を除く。)のいずれかのT波の逆転 (有 ・ 無)			年 月 日撮影  心胸比 %		
	⑫安静を要する程度 1. 絶対安静 2. ベッド上の安静 3. 必要時のみ室内歩行(30分以内) 4. 室内歩行はよい(1時間以内)			5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内) 6. <u>健康な</u> 人の2分の1程度の労働はよい 7. 軽労働はよいが重労働は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。 8. 疲れない程度の普通の生活		
⑬備考						
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						

◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(裏 面)

判 定 結 果	該 当	別表第2第 号に該当
	別表第2第 号に該当	
	非 該 当	(理由) 認定基準に適合しない 診断書記載内容が不備
上記のとおり判定する		令和 年 月 日
		㊞

参考事項

新 規 認 定	身体障害者手帳 障害名	級	項
再 認 定	有 ・ 無	級	項
地 域 振 興 局 (担当 姓・職)			
社会福祉事務所			

注意

- 1 この診断書は、特別障害者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それに記入してください。
- 3 ⑤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し立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。