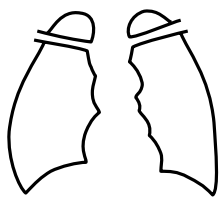


| 特別障害者手当認定診断書(心臓疾患用)                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |           |                                                                                                                                                                                                                 |                                    |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ① 氏 名 (ふりがな)                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 男・女                | ② 生 年 月 日 | 昭和<br>平成<br>令和                                                                                                                                                                                                  | 年 月 日                              |
| ③ 住 所                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ④ 障害の原因と<br>なった傷病名 |           |                                                                                                                                                                                                                 |                                    |
| ⑤ ④のため初めて<br>医師の診<br>断を受けた日                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 昭和<br>平成<br>令和     | 年 月 日     | ⑥ 傷 病 発 生<br>年 月 日                                                                                                                                                                                              | 昭和<br>平成<br>令和                     |
| ⑦ 障害が永続す<br>ると判定され<br>た日                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 昭和<br>平成<br>令和     | 年 月 日     | 推定<br>確認                                                                                                                                                                                                        | ⑧ 将 来<br>再 認 定 の 要<br>有 ( 年後 ) ・ 無 |
| 現<br>症                                                         | ⑨ 臨床所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |           | ⑪ 活動能力の程度                                                                                                                                                                                                       |                                    |
|                                                                | (1) 動 悸 ( 有 ・ 無 )<br>(2) 息 切 れ ( 有 ・ 無 )<br>(3) 呼 吸 困 難 ( 有 ・ 無 )<br>(4) 胸 痛 ( 有 ・ 無 )<br>(5) 血 痰 ( 有 ・ 無 )<br>(6) チ ア ノ ー ゼ ( 有 ・ 無 )<br>(7) 浮 腫 ( 有 ・ 無 )<br>(8) 血 圧 ( 最高 最低 )<br>(9) 心 拍 数 ( )<br>(10) 脈 拍 数 ( )<br>(11) 心 音 ( )<br>(12) 心 臓 ペ ー ス<br>メ ー カ ー 装 置 ( 有 ( 昭和<br>平成 年 月 装着 ) 無 )<br>(13) 人 工 弁 装 着 ( 有 ( 昭和<br>平成 年 月 装着 ) 無 )<br>(14) その他の臨床所見 |                    |           | (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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(5) 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの |                                    |
| 症                                                              | ⑩ X線・心電図所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |           | 年 月 日撮影<br><br>心胸比 %                                                                                                       |                                    |
|                                                                | (1) 陈旧性心筋梗塞 ( 有 ・ 無 )<br>(2) 脚ブロック ( 有 ・ 無 )<br>(3) 完全房室ブロック ( 有 ・ 無 )<br>(4) 不完全房室ブロック ( 有 第 度 ・ 無 )<br>(5) 心房細動(粗動) ( 有 ・ 無 )<br>心拍数に対する脈拍数の欠損 ( / 分 )<br>(6) STの低下 ( 有 mV ・ 無 )<br>(7) 第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただし、V <sub>1</sub> を除く。)のいずれかのT波の逆転 ( 有 ・ 無 )                                                                                                         |                    |           | 5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)<br>6. 健康な人の2分の1程度の労働はよい<br>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。<br>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。<br>令和 年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>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。

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。