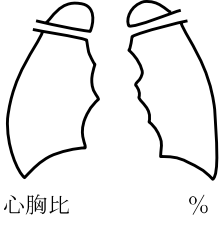


| 特別障害者手当認定診断書(心臓疾患用)                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |  |     |                |                                                                                                                                                                                                                                                            |   |           |                |              |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|-----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|----------------|--------------|---|---|---|
| ① (ふりがな)氏名                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |  | 男・女 | ② 生年月日         | 昭和<br>平成<br>令和                                                                                                                                                                                                                                             |   | 年         | 月              | 日            |   |   |   |
| ③ 住所                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |  |     | ④ 障害の原因となつた傷病名 |                                                                                                                                                                                                                                                            |   |           |                |              |   |   |   |
| ⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 昭和<br>平成<br>令和 |  |     | 年              | 月                                                                                                                                                                                                                                                          | 日 | ⑥ 傷病発生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 |              | 年 | 月 | 日 |
| ⑦ 障害が継続すると判定された日                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 昭和<br>平成<br>令和 |  |     | 年              | 月                                                                                                                                                                                                                                                          | 日 | 推定<br>確認  | ⑧ 将来再認定の要      | 有 ( 年後 ) ・ 無 |   |   |   |
| 現<br>症                                                       | ⑨ 臨床所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |  |     |                | ⑩ 活動能力の程度                                                                                                                                                                                                                                                  |   |           |                |              |   |   |   |
|                                                              | <div>(1) 動悸 ( 有 ・ 無 )</div> <div>(2) 息切れ ( 有 ・ 無 )</div> <div>(3) 呼吸困難 ( 有 ・ 無 )</div> <div>(4) 胸痛 ( 有 ・ 無 )</div> <div>(5) 血痰 ( 有 ・ 無 )</div> <div>(6) チアノーゼ ( 有 ・ 無 )</div> <div>(7) 浮腫 ( 有 ・ 無 )</div> <div>(8) 血圧 ( 最高 最低 )</div> <div>(9) 心拍数 ( )</div> <div>(10) 脈拍数 ( )</div> <div>(11) 心音 ( )</div> <div>(12) 心臓ペースメーカー装着 ( 有 ( 昭和<br/>平成<br/>令和 年 月 装着 ) 無 )</div> <div>(13) 人工弁装着 ( 有 ( 昭和<br/>平成<br/>令和 年 月 装着 ) 無 )</div> <div>(14) その他の臨床所見</div> |                |  |     |                | <div>(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</div> <div>(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</div> <div>(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</div> <div>(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</div> <div>(5) 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの</div> |   |           |                |              |   |   |   |
| 症                                                            | ⑩ X線・心電図所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |  |     |                | 年 月 日撮影                                                                                                                                                                                                                                                    |   |           |                |              |   |   |   |
|                                                              | <div>(1) 陳旧性心筋梗塞 ( 有 ・ 無 )</div> <div>(2) 脚ブロック ( 有 ・ 無 )</div> <div>(3) 完全房室ブロック ( 有 ・ 無 )</div> <div>(4) 不完全房室ブロック ( 有 第 度 ・ 無 )</div> <div>(5) 心房細動(粗動) ( 有 ・ 無 )</div> <div>心拍数に対する脈拍数の欠損 ( / 分 )</div> <div>(6) STの低下 ( 有 mV ・ 無 )</div> <div>(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 )</div>                                                                                                                                       |                |  |     |                |                                                                                                                                                                       |   |           |                |              |   |   |   |
| 備考                                                           | ⑫ 安静を要する程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |  |     |                | 5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)                                                                                                                                                                                                                                  |   |           |                |              |   |   |   |
|                                                              | <div>1. 絶対安静</div> <div>2. ベッド上の安静</div> <div>3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)</div> <div>4. 室内歩行はよい(1時間以内)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |  |     |                | <div>6. 健康な人の2分の1程度の労働はよい</div> <div>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。</div> <div>8. 疲れない程度の普通の生活</div>                                                                                                                                                     |   |           |                |              |   |   |   |
| 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。

(裏 面)

## 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。