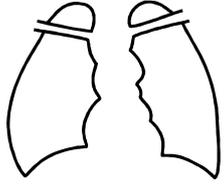


特別障がい者手当認定診断書(心臓疾患用)				
① 名 前		男・女	② 生 年 月 日	年      月      日
③ 住 所			④ 障がいの原因となつた傷病名	
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	年      月      日		⑥ 傷 病 発 生 年 月 日	年      月      日
⑦ 障がいが永続すると判定された日	年      月      日	推定 確認	⑧ 将 来 再 認 定 の 要	有 (      年後 ) ・ 無
現 症	⑨ 臨床所見		⑩ 活動能力の程度	
	(1) 動 悸 ( 有 ・ 無 ) (2) 息 切 れ ( 有 ・ 無 ) (3) 呼 吸 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 (      年      月 装 着 ) 無 ) (13) 人 工 弁 装 着 ( 有 (      年      月 装 着 ) 無 ) (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 (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) 自己の身の辺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				年      月      日 撮影
(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 <sub>1</sub> を除く。)のいずれかのT波の逆転 ( 有 ・ 無 )				比胸比      %
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) 6. 健康な人の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。 年      月      日 病院又は診療所の名称 所      在      地 診 療 担 当 科 名      医師名前				

◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障がい者の障がいの程度及び障がい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、特別障がい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、障がい者の障がい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場合がありますので、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、障がい者が障がい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、障がい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。