

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(心臓疾患用)			
① (ふりがな) 氏名		男・女	
② 生年月日	明治 大昭和 平成	年 月 日	
③ 住所	④ 疾病の原因と、 なった傷病名		
⑤ ②のためはじめて医師の診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷病発生日 昭和 平成
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成	年 月 日	⑧ 将来再認定の 有 (年後) ・ 無

現	⑨ 一般用	3 活動能力の程度(該当するものをどれか一つを選んで○でかこんで下さい。)
1 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) () (9) 心拍数 () (10) 心拍 () (11) 心音 () (12) その他の臨床所見 ()	平成 年 月 日 撮影	(1) 普通の活動でも心不全症状又は狭心症症状がおこらないもの (2) 家庭内での普通の活動では何でもないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの (3) 家庭内での普通の活動では何んでもないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの (4) 家庭内での極めて穏やか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おこるもの (5) 安静時でも心不全症状又は狭心症症状がおこるもの
2 X線・心電図所見 (1) 陳旧性心筋硬塞 (有・無) (2) 脚アロツク (有・無) (3) 完全房室アロツク (有・無) (4) 不完全房室アロツク(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・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)		

⑩ 小児用 1 臨床所見 (1) 著しい発育障害 (有・無) (2) 心音・心雑音の異常 (有・無) (3) 多呼吸又は呼吸困難 (有・無) (4) 運動制限 (有・無) (5) チアノーゼ (有・無) (6) 肝腫大 (有・無) (7) 浮腫 (有・無)	3 養護の区分(該当するものを○でかこんで下さい。) (1) 6か月~1年毎の観察 (2) 1か月~3か月毎の観察 (3) 症状に応じて要医療 (4) 継続的医療 (5) 重い心不全低酸素血症又はアダムスストークス発作で継続的医療を要するもの
2 X線・心電図所見 (1) 心胸比5.6%以上 (有・無) (2) 肺血流量増又は減 (有・無) (3) 肺静脈うっ血像 (有・無) (4) 心室負荷像(有〔右室、左室、両室〕・無) (5) 心房負荷像(有〔右房、左房、両房〕・無) (6) 病的な不整脈(種類) (有・無) (7) 心筋障害像(所見) (有・無)	平成 年 月 日 撮影
⑪ 備考	
上記のとおり診断します。 平成 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。

注 意

1 この診断書は、障害児福祉手当・福祉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おそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。

2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。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下さい。

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じめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。
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下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。