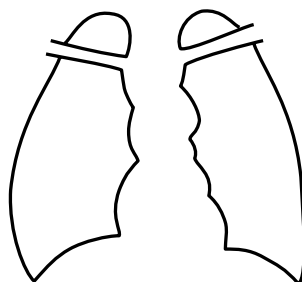


障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(心臓疾患用)

| | | | | | |
|---------------------|--|------|---|--------------|--|
| (ふりがな) | | | | | |
| ① 氏名 | | 男・女 | ② 生年月日 | 平成 年 月 日 | |
| ③ 住所 | | | ④ 疾病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 | 平成 年 月 日 | | ⑥ 傷病発生日 | 平成 年 月 日 | |
| ⑦ 障害が永続すると判定された日 | 平成 年 月 日 | 推定確認 | ⑧ 将来再認定の要 | 有 (年後) ・ 無 | |
| 現症 | ⑨ 一般用 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 最低) (9) 心拍数 () (10) 脈拍数 () (11) 心音 () (12) その他の臨床所見 | | 3 活動能力の程度(該当するものどれか一つを選んで○で囲んでください。) (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) 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 | | |
| | 2 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) | | 平成 年 月 日撮影  | | |

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立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。