

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(心臓疾患用)

① 氏名 (ふりがな)		男・女	② 生年月日	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 傷病発生年月日	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		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. 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		(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 (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、V1を除く。)のいずれかのT波の逆転 ( 有 ・ 無 )		令和 年 月 日撮影 		

