

国民年金
厚生年金保険
船員保険

診 断 書

様式第120号の6-(1)
(循環器疾患の障害用)

(フリガナ) 氏 名				昭和 平成	年 月 日生 (歳)	男 ・ 女		
住 所	住所地の郵便番号		郡 市 区	町 区 村				
① 障害の原因 となった 傷 病 名	② 傷病の発生年月日			昭和 平成	年 月 日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)		
				昭和 平成	年 月 日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)		
③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日	④ 傷病の原因 又は誘因			⑤ 既存 障害		⑥ 既往症		
初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)								
⑦ 傷病が治った (症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含 む。) かどうか。	傷病が治っている場合 治った日 平成 年 月 日			確 認 推 定				
	傷病が治っていない場合 症状のよくなる見込			有 ・ 無 ・ 不 明				
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)								
⑨ 現在までの治療の内 容、期間、経過、その 他参考となる事項					診 療 回 数	年間 回、月平均 回		
					手 術 歴	手術名 () 手術年月日 (年 月 日)		
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)	身 長	c m		脈 拍	回 / 分	血 最 大	mmHg	降圧薬服用
	体 重	k g				血 最 小	mmHg	無 ・ 有

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 臨床所見等

障 害 の 状 態

⑫疾患別所見 (平成 年 月 日現症)

(該当する疾患について記入してください。)

1 不整脈

- (1) 難治性不整脈 無 ・ 有 () (平成 年 月 日)
- (2) ペースメーカー治療 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (3) 植込み型除細動器 (ICD) 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (4) その他 ()

2 先天性心疾患・弁疾患

(1) 先天性心疾患の場合

症状の出現時期 (昭和・平成 年 月 日)

小・中学生時代の体育の授業 普通にできた 参観していた

(2) 弁疾患の場合

原因疾患

発病時期 (昭和・平成 年 月 日)

- (3) 人工弁置換術 無 ・ 有 (手術名) (平成 年 月 日)
- (4) その他の手術 無 ・ 有 (手術名) (平成 年 月 日)
- (5) その他 ()

3 虚血性心疾患

- (1) 梗塞後狭心症 無 ・ 有
- (2) 心室性期外収縮 無 ・ 有 (Lown 度)
- (3) インターベンション 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)、計 回、手技 ()
- (4) ACPバイパス術 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)
- (5) 再狭窄 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (6) その他の手術 無 ・ 有 (手術名) (平成 年 月 日)
- (7) その他 ()

4 高血圧症

- (1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名: _____)
- (3) 一過性脳虚血発作の既往 無 ・ 有 : 1年以内・1年以上前 (年 月頃)
- (4) 眼底検査所見 (平成 年 月 日)
KW ・ Scheie ・ その他 (法) : _____
- (5) その他の合併症 (大動脈解離、大動脈瘤、末梢動脈閉塞など)
無 ・ 有 (病名: _____)
- (6) 血清クレアチニン濃度 _____ mg/dl

(2) 検査成績

血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用
・ ・			無・有
・ ・			無・有
・ ・			無・有

尿蛋白の有無 (- ・ ± ・ + ・ ++)

5 その他の循環器疾患

- (1) 手術 無 ・ 有 (手術名 _____) (平成 年 月 日)
- (2) その他 (_____)

⑬ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力
(必ず記入してください)

⑭ 予 後
(必ず記入してください)

⑮ 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

印