

特別児童扶養手当認定診断書

(循環器疾患の障害用)

(ふりがな)		生年月日		平成 年 月 日生 (歳)		性別		男・女	
氏名		住所 (住所地の郵便番号)		都道府県		市区			
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		平成 年 月 日		・診療録で確認 ・本人の中立て			
		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 年 月 日		・診療録で確認 ・本人の中立て			
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日 (H・R 年 月 日)		⑤ 既存障害		⑥ 既往歴			
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 (推定・確認)			
		傷病が治っていない場合		症状の良くなる見込		有・無・不明			
⑧ 診断書作成医療機関における初診時見初診年月日 (H・R 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				診察回数		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		cm		脈拍			
		体重		kg		最大		mmHg	
						最小		mmHg	
						無・有			
障 害 の 状 態									
⑪ 循環器疾患 (平成 年 月 日現症)									
1 臨床所見			2 一般状態区分表 (平成 年 月 日)						
(1) 自覚症状			(該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)(但し、乳幼児では、掲げた内容に相当すると考えられる状態とする)						
動悸 (無・有・著)			I 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの						
呼吸困難 (無・有・著)			II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や作業はできるもの						
胸痛 (無・有・著)			III 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもあり、軽い運動はできないが、日中の50%以上は起居しているもの						
失神 (無・有)			IV 身のまわりのある程度はできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの						
階段昇降困難 (無・有・著)			V 身のまわりのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としており、活動の範囲がおむねベット周辺に限られるもの						
体重増加不良 (無・有・著)									
II 音亢進 (無・有・著)									
器質的雑音 (無・有)									
(Levine 度)									
3 検査所見			(4) 心カテータール検査 (平成 年 月 日)						
(1) 心電図所見			体心室 (体血圧を維持する心室) 駆出率 E F %						
(心電図所見のあるものは、必ず心電図 (コピー) を添付してください。)			左主幹部又は右冠動脈 (S1からS3)に50%以上の狭窄 (無・有)						
①安静時心電図 (平成 年 月 日)			3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有)						
心室性期外収縮 (無・有)			巨大冠動脈瘤 (無・有)						
心房性期外収縮 (無・有)			重度の弁逆流 (無・有)						
心房細動・粗動 (無・有)			収縮期圧較差50mmHg以上の半月弁狭窄 (無・有)						
完全左脚ブロック (無・有)			所見						
0.2mV以上のST低下 (無・有)									
左室肥大 (無・有)									
右室肥大 (無・有)									
陳旧性心筋梗塞 (無・有)									
年齢に見合わない異常陰性T波 (無・有 (mV))									
その他 ()									
②負荷心電図 (無・有) (平成 年 月 日)			(5) 心エコー検査 (平成 年 月 日)						
(陰性・擬陽性・陽性) METs			体心室 (体血圧を維持する心室) 駆出率 E F %						
(注)負荷で重症不整脈(心室頻拍、心室細動)が発見される場合は陽性とする。			所見 (重度の房室弁逆流等)						
③ホルター心電図 (無・有) (平成 年 月 日)									
(所見)									
(2) 胸部X線所見 (平成 年 月 日)			(6) 血液検査 (平成 年 月 日)						
心胸郭比 (%)			BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) dg/mL						
肺静脈うっ血 (無・有・著)			NT-proBNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント) Dg/mL						
肺血流増加又は減少 (無・有・著)									
(3) 動脈血ガス分析又は経皮酸素飽和度 (平成 年 月 日)									
動脈血 O ₂ 分圧 Torr									
動脈血 CO ₂ 分圧 Torr									
経皮酸素飽和度 %									
4 その他の所見 (心臓MRI結果含む) (平成 年 月 日)									

※裏面の注意をよく読んでから記入してください。

※字は楷書ではっきりと書いてください。

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 先天性心疾患 ・ 後天性心疾患																									
(1) 症状について (平成 年 月 日)					(4) 人工弁置換術 (平成 年 月 日)																				
症状の出現時期 (平成 年 月 日)					(手術名)																				
小学生以上の場合 (平成 年 月 日)					(その他の手術)																				
小児生活管理指導課の指導区分 (A・B・C・D・E・管理不要)					(平成 年 月 日)																				
(2) 弁疾患の場合 (平成 年 月 日)					(5) その他 ()																				
原因疾患 (平成 年 月 日)					(7) 後天性心疾患の場合 (手術名)																				
発病時期 (平成 年 月 日)					その他 ()																				
(3) 循環状態 (平成 年 月 日)																									
①肺高血圧 無・有																									
②アイゼンメンジャー症候群 無・有																									
③フォンタン循環不全 無・有																									
2 心筋・心膜疾患					(4) 心膜疾患 ()																				
(1) 肥大型心筋症 無・有					(心膜疾患の診断名 ())																				
(2) 拡張型心筋症 無・有					(5) 所見 ()																				
(3) その他の心筋症 無・有																									
3 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 (心臓再同期医療機器 (CRT) 含む) 無・有 (平成 年 月 日)																									
(3) 植込み型除細動器 (ICD) 又は除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D) 無・有 (平成 年 月 日)																									
(4) その他 ()																									
4 虚血性心疾患																									
(1) 心不全症状 無・有 (経過中有・安静時有)					(5) その他の手術 無・有 (手術名)																				
(2) 狭心症状 無・有 (経過中有・安静時有)					() (平成 年 月 日)																				
(3) 梗塞後狭心症状 無・有 (経過中有・安静時有)					(5) その他 ()																				
(4) 心室性期外収縮 無・有 (Low n 度)																									
5 大動脈疾患																									
(1) 胸部大動脈解離 無・有 (Stanford 分類 (A型・B型) (平成 年 月 日)																									
(2) 大動脈瘤 無・有 (部位:胸部・胸腹部・腹部) (最大血管短径 cm) (平成 年 月 日)																									
(3) 人工血管 無・有 (部位:胸部・胸腹部・腹部) (平成 年 月 日)																									
(4) ステンツグプラフト 無・有 (部位:胸部・胸腹部・腹部) (平成 年 月 日)																									
(5) その他の手術 無・有 (手術名) () (平成 年 月 日)																									
(6) その他 ()																									
注:高血圧症がある場合は、「7 高血圧症」にも記載してください。																									
6 重症心不全																									
(1) 心臓移植 無・有 (平成・令和 年 月 日)																									
(2) 人工心臓 無・有 (平成・令和 年 月 日)																									
(3) 心臓再同期医療機器 (CRT) 無・有 (平成・令和 年 月 日)																									
(4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D) 無・有 (平成・令和 年 月 日)																									
7 高血圧症																									
(1) 二次性高血圧症 (病名:)																									
(2) 検査成績					<table border="1"> <tr> <td>血圧測定年月日</td> <td>最大血圧</td> <td>最小血圧</td> <td>降圧薬服用</td> </tr> <tr> <td>.</td> <td>.</td> <td>.</td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>.</td> <td>.</td> <td>.</td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>.</td> <td>.</td> <td>.</td> <td>無・有 (種)</td> </tr> </table>					血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用	.	.	.	無・有 (種)	.	.	.	無・有 (種)	.	.	.	無・有 (種)
血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用																						
.	.	.	無・有 (種)																						
.	.	.	無・有 (種)																						
.	.	.	無・有 (種)																						
8 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 (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																									

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。 令和 年 月 日

病院又は診療所の名称 診療担当科名
所 在 地 医師 氏 名

※※ 診断書提出時の状況欄 (札幌市各区記入)					※ 札幌市審査欄 (障がい福祉課記入)					
請求者		証書番号			札特第 号		判定年月日		備考	
受給者		氏 名					1 級		2 級	
等 級		特別児童扶養手当 級					非該当		保 留	
有効期限		平成・令和 年 月					有 期 間 翌 無 期		身 年 後 再 判 定	
支給対象児童		手帳 有 無 (障害名)			平成 年 月 日 交付		判定結果		判定医の意見	
交付		申請中 ()								
状況		療育手帳 A・B (平成 年 月 日 判定)								
		有 無 (療育手帳)			平成 年 月 日 判定					
		申請中			次回判定 平成 年 月 予定					

注 意

- 1 この診断書は、特別児童扶養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ことがありますので、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○で開んでください。記入しきれない場合は、別に紙片
をはり付けて記入してください。
- 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。
- 4 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日
数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 5 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～④及び⑧～⑩の欄は、全て記入してください。⑫の欄については本人の障害の程度及び状態
に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)な
お、該当欄に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ください。
 - (2) ⑪の欄「3 検査所見」の「(6) 血液検査」は、どちらか一方の検査数値を記入してください。
 - (3) 「(4)の心カテーテル検査」について、主要冠動脈3本全てに、75%以上の狭窄がある場合につ
いて記載する。
 - (4) ⑫の欄「1 先天性心疾患・後天性心疾患」の「(1) 症状について」の「学校生活管理指導表の
指導区分」は、学校生活管理指導表(公益財団法人 日本学校保健会)の指導区分の内容を参考に
記入してください。
A…在宅医療・入院が必要 B…登校はできるが運動は不可 C…軽い運動は可 D…中等度の運
動まで可 E…強い運動も可
(学校生活管理指導表の指導区分における定義)
〈軽い運動〉同年齢の平均的生徒にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動
〈中等度の運動〉同年齢の平均的児童にとって、少し息がはずむが息苦しくない程度の運動。パー
トナーがいれば楽に会話ができる程度の運動
〈強い運動〉同年齢の平均的児童にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。
- 6 心電図所見のあるものは、この診断書の外に、心電図(コピー)を必ず添えてください。