様式第6号

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） **氏　　名**		**生年月日**	平成 令和　　年　　月　　日生（　　歳）	**性別**	男・女
住　　所	住所地の郵便番号 （　　ー　　） 都道府県　　郡市区				

① **傷病の原因となった傷病名**		② **傷病の発生年月日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申し立て
		③ **①のため初めて医師の診断を受けた日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申し立て
④ **傷病の原因又は誘因**		⑤ **既存障害**		⑥ **既往歴**

⑦ **傷病が治った（傷病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 令和　　年　　月　　日（確認・推定）
	傷病が治っていいない場合　‥‥　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 （平成・令和　　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（平成・令和　　年　　月　　日）		
⑩	**計　測** （平成・令和　　年　　月　　日）	**身長**	cm	**脈拍**　　回／分	**血圧**	**最大**	mmHg	**血管拡張剤・降圧剤**
		体重	kg			**最小**	mmHg	無　・　有

障　害　の　状　態

⑪ **循環器疾患**　（平成・令和　　年　　月　　日現症）

1.　臨床所見

(1) 自覚症状

動　　悸	（無・有・著）	呼吸困難	（無・有・著）
胸　　痛	（無・有・著）	失　　神	（無・有）
階段昇困難	（無・有・著）		

(2) 他覚所見

チアノーゼ	（無・有・著）	浮　　腫	（無・有・著）
ばち状指	（無・有）	尿量現症	（無・有）
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）

2.　一般状態区分表

（該当するものを選んでどれか一つに○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）

Ⅰ　無症状で社会活動ができ、制限をうけることなく、発病前と同等にふるまえるもの

Ⅱ　軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や座業はできるもの

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

Ⅳ　身のまわりのある程度のことはできるが、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

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、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの

3.　検査所見

(1) 心電図所見

（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。）

① 安静時心電図　（平成・令和　　年　　月　　日）

心室性期外収縮	（無・有）	完全房室ブロック	（無・有）
心房細動・粗動	（無・有）	Mobitz Ⅱ型房室ブロック	（無・有）
完全左脚ブロック	（無・有）	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）		

年齢に見合わない以上陰性T波（無・有（　　mV）

その他（　　）

② 負荷心電図　（無・有）

（陰性・擬陽性・陽性）　　METs

（注）不可で重症不整脈、（寝室頻拍。寝室細動）が誘発される場合は陽性とする。

③ ホルター心電図　（無・有）　（平成・令和　　年　　月　　日）

（所見　　）

(2) 胸部X線所見　（平成・令和　　年　　月　　日）

心胸郭比　（　　%）

肺静脈うっ血　（無・有・著）

肺血流増加又は減少　（無・有・著）

(3) 動脈血ガス分析又は経費酸素飽和度　（平成・令和　　年　　月　　日）

動脈血　O2　分圧　　Torr

動脈血　CO2　分圧　　Torr

経皮酸素飽和度　　%

(4) 心カテーテル検査　（平成・令和　　年　　月　　日）

体心室（体血圧を維持する心室）駆出率　　%）

左主管部又は右冠動脈（S1から3）に50％以上の狭窄（無・有）

3本の腫瘍冠動脈に75％以上の狭窄　（無・有）

巨大冠動脈瘤　（無・有）

重度の弁逆流　（無・有）

収縮期圧較差50㎜Hg以上の半月弁狭窄　（無・有）

所見

(5) 心エコー検査　（平成・令和　　年　　月　　日）

体心室（体血圧を維持する心室）駆出率　EF　　%）

所見（重度房室弁逆流等）

(6) 血液検査　（平成・令和　　年　　月　　日）

BNP値（脳性ナトリウム利尿ペプチド）　　ｐｇ／ｍＬ

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）

ｐｇ／ｍＬ

4.　その他の所見（心臓MRI結果含む）　（平成・令和　　年　　月　　日）

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は、斜線にて抹消してください。字は楷書ではっきりとご記入ください。

⑫ 疾患別所見（平成・令和　　年　　月　　日）　　（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
　症状の出現時期（平成・令和　　年　　月　　日）
　小学生以上の場合
　学校生活管理指導表の指導区分（A・B・C・D・F・管理不要）

(2) 弁疾患の場合
　原因疾患
　発病時期　　（平成・令和　　年　　月　　日）

(3) 循環状態
　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

(4) 人工弁置換術　　無　・　有　　（平成・令和　　年　　月　　日）
　（手術名　　）

(5) その他の手術　　無　・　有　　（平成・令和　　年　　月　　日）

(6) その他（　　）

(7) 後天性心疾患の場合
　手　術　　無　・　有　（手術名　　）
　その他（　　）

2. 心筋・心膜疾患

(1) 肥大型心筋症　　無　・　有

(2) 拡張型心筋症　　無　・　有

(3) その他の心筋症　　無　・　有

(4) 心膜疾患　　無　・　有
　心膜疾患の診断名　（　　）

(5) 所見　（　　）

3. 不整脈

(1) 難治性不整脈　　無　・　有（　　）
　（平成・令和　　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・令和　　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・令和　　年　　月　　日）

(4) その他（　　）

4. 虚血性心疾患

(1) 心不全症状　　無　・　軽運動で有　・　安静時有

(2) 狭心症状　　無　・　軽運動で有　・　安静時有

(3) 梗塞後狭心症状　　無　・　軽運動で有　・　安静時有

(4) 心室性期外収縮　　無　・　有（Lown　　度）

(5) その他の手術　　無　・　有（手術名　　）
　（平成・令和　　年　　月　　日）

(6) その他（　　）

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・令和　　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・令和　　年　　月　　日）

(3) 人工血管　　無　・　有（部位： 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部）
　（平成・令和　　年　　月　　日）

(4) ステントグラフト　無　・　有（部位： 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部）
　（平成・令和　　年　　月　　日）

(5) その他の手術　　無　・　有（手術名　　）
　（平成・令和　　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

血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服薬
・　・			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・令和　　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**	

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

所　在　地

診療担当科名

医 師 氏 名

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。記入事項に不明な点があると認定が遅くなることがあります。出来るだけ詳しく記入してください。

2　〇・×で答えられる欄は、該当するものを〇で囲んでください。記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。

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。
以前に他の医師や医療機関で診断を受けた場合は、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。

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。（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　本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に

⑴ ①～⑪及び⑬～⑭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、備考欄や別紙に記入のうえ、添付してください。

⑵ ⑪の欄「３　検査の所見」の「⑹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。

⑶ 「⑷の心カテーテル検査」について、腫瘍冠動脈3本全てに、75％以上の狭窄がある場合について記載する。

⑷ ⑫の欄「１　先天性心疾患・後天性心疾患」の「⑴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（公的財団法人　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

〈中程度の運動〉　同年齢の平均的自動にとって、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じるほどの運動。

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。