様式第4号

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(心臓疾患用)

①	(ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	平成 令和　年　月　日
③	住所			④	疾病の原因となった傷病名	
⑤	④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 令和　年　月　日		⑥	傷病発生年月日	平成 令和　年　月　日
⑦	障害が永続すると判定された日	平成 令和　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)

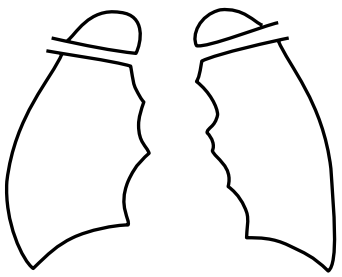
(5) 心房細動(粗動)　(有・無)

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



現症

⑩ 小児用

1. 臨床所見

(1) 著しい発育障害 (有 ・ 無)
(2) 心音・心雑音の異常 (有 ・ 無)
(3) 多呼吸又は呼吸困難 (有 ・ 無)
(4) 運動制限 (有 ・ 無)
(5) チアノーゼ (有 ・ 無)
(6) 肝腫 (有 ・ 無)
(7) 浮腫 (有 ・ 無)

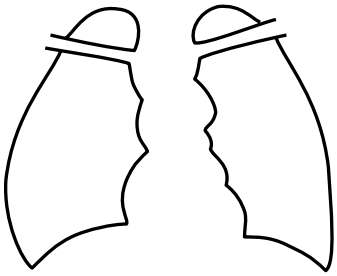
3. 養護の区分(該当するものを○で囲んでください。)

(1) 6か月～1年ごとの観察
(2) 1か月～3か月ごとの観察
(3) 症状に応じて要医療
(4) 継続的医療
(5) 重い心不全、低酸素血症又はアダムスストークス発作で継続的医療を要するもの

2. X線・心電図所見

(1) 心胸比５６％以上 (有 ・ 無)
(2) 肺血流量増又は減 (有 ・ 無)
(3) 肺静脈うっ血像 (有 ・ 無)
(4) 心室負荷像 (有〔 右室 ・ 左室 ・ 両室 〕・ 無)
(5) 心房負荷像 (有〔 右房 ・ 左房 ・ 両房 〕・ 無)
(6) 病的不整脈 (種類) (有 ・ 無)
(7) 心筋障害像 (所見) (有 ・ 無)

令和 年 月 日撮影



⑪ 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

◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。 (日本工業規格A列4番)

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、それが不明の場合には、その旨を記入してください。