様式第4号

				障害児福	晶祉手当(福	祉手	当)認	定記	診断書(心臓疾	患用)			
	(&	りがな)											
1	氏	名				男	· 女	2	生年月日	平成令和	年	月	目
3	住	所						4	疾病の原因と なった傷病名				
(5)	めて)ため初 医師の診 受けた日	平成	年	月		目	6	傷 病 発 生 年 月 日	平成令和	年	月	日
7	障害	が永続す 判定され	平成令和	年	月目	1	推定確認	8	将 来 再認定の要	有(年後	· (#	
現	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)	床動息呼胸血チ浮血心脈見 吸 ア 拍拍拍	困 一	(有 ·(有 ·(有 ·(有 ·	無) 無) 無) 最 無) 最 無) 最 ()	3	の活動は(3) 家庭内でのの活動でん(4) 家庭内での	動でも心不全 の普通の活動 客しく制限され の普通の活動 は心不全症状 の極めて不全	症状又は狭心 では何でもないるもの では何でもない では狭心症症 な活動では何な な活動では何な	いが、それ! いが、それ! とれが、それ! でもないが	こら 以上 とした とこる
症	(1) (2) (3) (4) (5)	完全房室ブ 不完全房室 心房細動(料 心拍数に対 STの低下	「梗塞 「ブロック 狙動) ・する脈拍	、	・無) ・無) 度・ ・無) (mV・無	/分)			令和	年	A STATE OF THE STA	日掘	影
		し、V ₁ を除く	。)のいす	゛れかのT波の	逆転(有	i •	無)						

	⑩ 小児用	3 養護の区分(該当するものを○で囲んでください。)							
	1 臨床所見								
	(1) 著しい発育障害 (有 ・ 無)	(1) 6か月~1年ごとの観察							
	(2) 心音・心雑音の異常 (有・無)								
	(3) 多呼吸又は呼吸困難 (有 ・ 無)	(2) 1か月~3か月ごとの観察							
	(4) 運 動 制 限 (有・無)								
	(5) チ ア ノ ー ゼ (有 ・ 無)	(3) 症状に応じて要医療							
現	(6) 肝 腫 (有・無)								
	(7) 浮 腫 (有・無)	(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							
		TI CARABITATION C.S. / BOO.							
	(1) 心胸比56%以上 (有 · 無)	令和 年 月 日撮影							
症	 (2) 肺血流量増又は減 (有 · 無)								
	(3) 肺静脈うつ血像 (有・無)	QQ							
	(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)	/ } { \							
	(7) 心筋障害像 (所見) (有 · 無)							
11)									
備									
考									
<u> </u>									
上記のとおり診断します。									
	令和 年 月 日								
	Mare 1 29 H								
	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ください。障害者の障害の程度及び状態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ください。

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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。