

# 障害年金の診断書（心疾患による障害）を作成する 医師の皆さまへ

## 平成26年6月1日から 国民年金・厚生年金保険の診断書 「循環器疾患の障害用（様式第120号の6-(1)）」の様式 が変わります

障害基礎年金・障害厚生年金の「心疾患による障害」について、記載欄を追加するなど、診断書の様式を変更します。

平成26年5月1日以降に変更後の様式を配布し、  
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。

### 〔主な変更点〕

1. 心機能分類（NYHA）の記載欄を設けました。
2. 検査所見欄（心カテテル、エコー、血液検査）に必要な項目を追加しました。
3. 疾患別所見欄を整理し、新たに「心筋疾患」「大動脈疾患」「重症心不全」についての記載欄を設けました。

★ 変更後の様式の診断書を作成する際には、  
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。

※ 不明な点は、日本年金機構の年金事務所へお問い合わせください。

内

国民年金  
厚生年金保険

診 断 書

(循環器疾患の障害用)

(フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女
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		昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (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
		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)		⑥ 既往症							
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	cm	脈 拍	回/分	血 圧	最大	mmHg	降圧薬服用
		体重	kg			最小	mmHg	無・有	
<b>障 害 の 状 態</b>									
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。)				
(2)他覚所見					ア 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				
動悸 (無・有・著)					イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など				
呼吸困難 (無・有・著)					ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働は できないが、日中の50%以上は起居しているもの				
息切れ (無・有・著)					エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、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				
胸痛 (無・有・著)					オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範 囲がおおむねベッド周辺に限られるもの				
咳 (無・有・著)									
痰 (無・有・著)									
失神 (無・有)									
(Levine 度)									
3 心機能分類 (NYHA) ( I・II・III・IV )									
4 検査所見					(4)心カテーテル検査 (平成 年 月 日)				
(1)心電図所見					左室駆出率 EF %				
(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。)					冠動脈れん縮誘発試験 (無・有) (陰性・陽性)				
① 安静時心電図 (平成 年 月 日)					左主幹部に50%以上の狭窄 (無・有)				
心室性期外収縮 (無・有)					3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有)				
心房細動・粗動 (無・有)					所見				
完全左脚ブロック (無・有)									
0.2mV以上のST低下 (無・有)									
陳旧性心筋梗塞 (無・有)									
深い陰性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・疑陽性・陽性) METs					左室拡張期径 mm 左室収縮期径 mm				
③ ホルター心電図 (無・有) (平成 年 月 日)					左室駆出率 EF %				
(所見)					所見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)				
(2)胸部X線所見 (平成 年 月 日)									
心胸郭係数 (%)									
肺静脈うっ血 (無・有・著)									
(3)動脈血ガス分析値 (平成 年 月 日)					(6)血液検査 (平成 年 月 日)				
動脈血 O <sub>2</sub> 分圧 Torr					BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) pg/mL				
動脈血 CO <sub>2</sub> 分圧 Torr					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				
5 その他の所見 (平成 年 月 日)									

「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) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

**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 心筋疾患**

- (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) 所見 ( )

**2 虚血性心疾患**

- (1) 心不全症状 無 ・ 軽労作で有 ・ 安静時有
- (2) 狭心症状 無 ・ 軽労作で有 ・ 安静時有
- (3) 梗塞後狭心症状 無 ・ 軽労作で有 ・ 安静時有
- (4) 心室性期外収縮 無 ・ 有 (Lown 度)
- (5) インターベンション 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)、計 回、手技 ( )
- (6) ACバイパス術 無 ・ 有 初回：(平成 年 月 日)
- (7) 再狭窄 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (8) その他の手術 無 ・ 有 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (9) その他 ( )

**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 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 ( )

**4 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) ステンントグラフト 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。

**5 先天性心疾患・弁疾患**

- (1) 先天性心疾患の場合 (4) 肺体血流比 \_\_\_\_\_
- 症状の出現時期 (昭和・平成 年 月 日) (5) 肺動脈収縮期圧 \_\_\_\_\_ mmHg
- 小・中学生時代の体育の授業 普通にできた 参観していた (6) 人工弁置換術 無 ・ 有
- (2) 弁疾患の場合 (手術名 ) (平成 年 月 日)
- 原因疾患 (7) その他の手術 無 ・ 有
- 発病時期 (昭和・平成 年 月 日) (手術名 ) (平成 年 月 日)
- (3) Eisenmenger症候群 無 ・ 有 (8) その他 ( )

**6 重症心不全**

- (1) 心臓移植 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (2) 人工心臓 無 ・ 有 (平成 年 月 日)
- (3) 心臓再同期医療機器 (CRT) 無 ・ 有 (平成 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 年 月 日)

**7 高血圧症**

- (1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名： ) (4) 眼底検査所見 (平成 年 月 日)
  - (2) 検査成績 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
- | 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) |
- 尿蛋白の有無 ( - ・ ± ・ + ・ ++ )

- (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)

**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

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

## 記 入 上 の 注 意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。
- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診療日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 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。
- 4 「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) ①～⑩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に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。)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「4 検査所見」の(3)～(6)については、検査を行った場合には、該当する項目に現症日の直近の結果を記入してください。
  - (3) ⑪の欄「4 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。
  - (4) ⑫の欄「6 重症心不全」については、重症心不全に該当する場合は⑫6欄に記入してください。なお、重症に該当しない者が「(3)心臓再同期医療機器(CRT)」又は「(4)除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D)」を装着した場合は、装着年月日や医療機器(CRT又はCRT-D)を⑮備考欄に記入してください。
  - (5) ⑫の欄「7 高血圧症」の「(4)眼底検査所見」は、過去3か月間において、病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。
- 5 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。



《循環器疾患の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

様式第120号の6-(1)

(内) 国民年金 厚生年金保険 診断書 (循環器疾患の障害用)

(ア) 氏名	生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)	性別	男・女
住所	都道府県	市区		
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発症年月日	昭和 年 月 日	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 年 月 日
④ 傷病の原因又は誘因	初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)	⑤ 既存障害	⑥ 既往症	
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	
⑧ 診断書作成医療機関における初診時月日	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		
⑩ 計測	身長 cm	脈拍 回/分	血圧 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg
障害の状況				
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 (2)他覚所見 動悸 (無・有・著) チアノーゼ (無・有・著) 呼吸困難 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 息切れ (無・有・著) 頸静脈怒張 (無・有) 胸痛 (無・有・著) ばら状指 (無・有) 咳 (無・有・著) 尿量減少 (無・有) 痰 (無・有・著) 器質的雑音 (無・有) 失神 (無・有) (Levine) (度)		(該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください) ア 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 イ 軽度の症状があり、肉体的活動は制限を受けるが、歩行、軽労働や遊樂はできるもの 例え、軽い家事、事務など ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なものあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起きているもの エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、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 オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの		
3 心機能分類 (NYHA)		4 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 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) 陈旧性心筋梗塞 (無・有) 深い陰性T波 (無・有 (mV)) その他 ( ) ② 負荷心電図 (無・有) (平成 年 月 日) (陰性・疑陰性・陽性) METs ③ ホルター心電図 (無・有) (平成 年 月 日) (所見)		(4)心カテテル検査 (平成 年 月 日) 左室駆出率 EF % 冠動脈 左前 左後 左中 右冠 狭窄 (無・有) (陰性・陽性) 左主幹部に50%以上の狭窄 (無・有) 3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有) 所見 (5)心エコー検査 (平成 年 月 日) 左室拡張径 mm 左室収縮径 mm 左室駆出率 EF % 所見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)		
5 その他の所見		(6)血液検査 (平成 年 月 日) BNP値 (陽性ナトリウム利尿ペプチド) ng/mL NT-proBNP値 (陽性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント) ng/mL		

③欄 初めて医師の診療を受けた日  
この診断書を作成するための診療日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

④欄 検査所見  
(3)~(6)については、検査を行った場合には、該当する項目に現症日の直近の結果を記入してください。

(変更)  
④(5)欄 心エコー検査  
所見欄には、左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等について記入してください。

(変更)  
④(6)欄 血液検査  
どちらか一方の検査数値を記入してください。

①欄 障害の原因となった傷病名  
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項  
現在までの治療の内容などは参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。  
また、「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。

(新設)  
⑪3欄 心機能分類  
該当するものを○で囲んでください。

⑪4(1)欄 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。

《お願い》  
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。  
過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。  
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することができますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

(変更)

⑫2欄 虚血性心疾患  
(1)～(3)のいずれかに該当し、  
症状を有している場合は、「軽労作  
で有」または「安静時有」のどちら  
かを○で囲んでください。

(新設)

⑫4(1)～(4)欄 大動脈疾患  
胸部大動脈解離または大動脈瘤に該  
当する場合や人工血管またはステン  
トグラフトの挿入がある場合には、  
該当する分類や部位を○で囲んでく  
ださい。  
また、高血圧症がある場合は、「7  
高血圧症」にも記入してください。

(変更)

⑫7(2)欄 検査成績  
降圧薬を服用している場合は、服用  
している薬の種類数を記入してくだ  
さい。

⑭欄 予後  
診断時に判断できない場合は、「不詳」  
と記入してください。

病院または診療所の名称だけでなく、  
所在地も忘れずに記入してください。

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 心筋疾患																	
(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) 所見 ( )																	
2 虚血性心疾患																	
(1) 心不全症状	無・軽労作で有・安静時有																
(2) 狭心症状	無・軽労作で有・安静時有																
(3) 梗塞後狭心症状	無・軽労作で有・安静時有																
(4) 心室性期外収縮	無・有 (Low(度))																
(5) インターベンション	無・有 初回: (平成 年 月 日)、計 回、手技 ( )																
(6) A C バイパス術	無・有 初回: (平成 年 月 日)																
(7) 再狭窄	無・有 (平成 年 月 日)																
(8) その他の手術	無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																
(9) その他 ( )																	
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	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 ( )																	
4 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) ステントグラフト	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。																	
5 先天性心疾患・弁疾患																	
(1) 先天性心疾患の場合	(4) 肺体血流比 _____ ml/min																
症状の出現時期 (昭和・平成 年 月 日)	(5) 肺動脈収縮期比 _____																
小・中学生時代の体育の授業 普通にできた 参観していた	(6) 人工弁置換術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																
(2) 弁疾患の場合	(7) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																
原因疾患	(8) その他 ( )																
発病時期 (昭和・平成 年 月 日)																	
(3) Eisenmenger症候群 無・有																	
6 重症心不全																	
(1) 心臓移植 無・有 (平成 年 月 日)																	
(2) 人工心臓 無・有 (平成 年 月 日)																	
(3) 心臓再同期医療機器 (CRT)	無・有 (平成 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 年 月 日)																
7 高血圧症																	
(1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名: )	(4) 眼底検査所見 (平成 年 月 日)																
(2) 検査成績	KW・Scheie・その他 (法): _____																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>血圧測定年月日</th> <th>最大血圧</th> <th>最小血圧</th> <th>降圧薬服用</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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)	(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: )
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)														
(3) 一過性脳虚血発作の既往 無・有 (1年以上・1年以上前 (年 月 頃))	(6) 血清クレアチニン濃度 _____ mg/dl																
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及労働能力 (必ず記入してください。)																	
⑭ 予 後																	
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	診療担当科名																
所在地	医師氏名 印																

⑫欄  
現症日の記入漏れが無いようお願いし  
ます。  
さらに、1～8欄までのうち、該当す  
る疾患について記入してください。

(新設)  
⑫4(2)欄 大動脈瘤  
大動脈瘤が複数の部位にある場合は、い  
ずれか大きい方の最大血管短径を記入し  
てください。

(新設)  
⑫6欄 重症心不全  
重症心不全に該当する場合は⑫6欄に  
記入してください。  
なお、重症に該当しない者が「(3)心  
臓再同期医療機器 (CRT)」または「(4)  
除細動器機能付き心臓再同期医療機器  
(CRT-D)」を装着した場合は、装着年  
月日や医療機器 (CRTまたはCRT-D)を⑮  
備考欄に記入してください。

⑫7(4)欄 眼底検査所見  
過去3カ月間において、症状を最もよく表  
している検査の所見を記入してください。

(変更)  
⑬欄 現症時の日常生活活動能力及  
労働能力  
現症時の日常生活活動能力については、  
介助が必要かどうか、また、労働能力に  
ついては必ず記入してください。

⑮欄 備考  
本人の状態について特記すべきことがあ  
れば記入してください。