

《仙台市の診断書・意見書様式(18歳以上用)の変更について》

※5の欄の記載を一部変更し、6・7の欄を追加しました。

年 月 日

心臓の機能障害の状況及び所見 (1) —18歳以上用—

氏名:

(記入または該当するものを○でかこむこと)

1. 臨床所見

ア. 動悸	有・無	キ. 浮腫	有・無
イ. 息切れ	有・無	ク. 心拍数	
ウ. 呼吸困難	有・無	ケ. 脈拍数	
エ. 胸痛	有・無	コ. 血圧	最大 最小
オ. 血痰	有・無	サ. 心音	
カ. チアノーゼ	有・無	シ. 臨床所見	

2. 胸部エックス線写真所見

年 月 日



心胸比 %

ス. 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

3. 心電図所見 (年 月 日)

ア. 陳旧性心筋梗塞	有・無	ク. 期外収縮	有・無
イ. 心室負荷像	有 (右室, 左室, 両室) ・ 無	ケ. STの低下	有 (mV) ・ 無
ウ. 心房負荷像	有 (右房, 左房, 両房) ・ 無	コ. 第I誘導, 第II誘導及び胸部誘導 (但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転	有・無
エ. 脚ブロック	有・無	サ. 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下	有・無
オ. 完全房室ブロック	有・無	シ. その他	有・無
カ. 不完全房室ブロック	有 (第 度) ・ 無		
キ. 心房細動(粗動)	有・無		

ス. 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見

(年 月 日 発作)

ペースメーカーと植込み型除細動器の欄を一つにまとめました。

「不整脈の非薬物治療ガイドライン(2011年改訂版)」(2010年合同研究班報告)におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をしてください。

5. 人工臓器

ペースメーカー, 植込み型除細動器	有 (手術日 年 月 日) ・ 無
人工弁移植, 弁置換	有 (手術日 年 月 日) ・ 無

6. ペースメーカー, 植込み型除細動器の適応度

(クラス I ・ クラス II ・ クラス III)

7. 身体活動能力(運動強度)

※ペースメーカー, 植込み型除細動器装着の場合に記入

(メッツ)

4. 活動能力の程度 (該当のアイウエオを○で囲む)

ア. 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの、又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ. 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ. 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの。

エ. 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ. 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストーク発作がおこるもの。

個別所見欄用紙 様式6-7

メッツ値について、症状が変動(重くなったり軽くなったり)する場合は、症状がより重度の状態(メッツ値が一番低い値)を記載してください。