

Full Name 氏名		Date Of Birth 生年月日		Y/ 年	M/ 月	D 日	Age(年齢) 歳	Sex 性別	Male / Female 男 / 女					
Address 住 所		House number , Street , City , State/Province , Postcode , Country													
①Name of disease/injury that caused the disorder 障害の原因となった傷病名		②Date of onset 傷病の発生年月日			Y/ 年M/ 月D 日			<input type="checkbox"/>	Confirmed from patient record 診療録で確認						
								<input type="checkbox"/>	Statement of patient 本人の申立て						
								(Y年/ M月/ D日)							
③The date the patient was first medically treated for ① ①のため初めて医師の診療を受けた日		Y/ 年M/ 月D 日			(Y年/ M月/ D日)			<input type="checkbox"/>	Confirmed from patient record 診療録で確認						
								<input type="checkbox"/>	Statement of patient 本人の申立て						
								(Y年/ M月/ D日)							
④Cause of the disease/injury 傷病の原因又は誘因		Date of initial consultation 初診年月日 (Date: Y/ M/ D)			⑤Existing disorder(s) 既存障害		⑥Medical history 既往症								
⑦Whether the disease/injury has been cured (including whether the symptoms have stabilized). 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。		If the disease/injury has healed ... 傷病が治っている場合			Date of recovery (Y/ M/ D); confirmed / Estimated 治った日 確認 推定										
		If the disease / injury has not healed ... 傷病が治っていない場合			Possibility of improvement of symptoms 症状のよくなる見込			Yes / No / Unknown 有 無 不明							
⑧Findings at the first visit to the medical institution issuing the medical certificate. 診断書作成医療機関における初診時所見 Date of initial consultation (Date: Y/ M/ D) 初診年月日 年 月 日															
⑨Contents and duration of treatment,clinical course,duration and other important informaton. 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項					Frequency of consultations 診療回数		Frequency 回数 (/year 年) Average Frequency 平均回数 (/month 月)								
					History of operations 手術歴 Name of operation(手術名			Dates of operation (Date: Y/ M/ D) 手術年月日 (年 月 日)							
⑩ Measurement 計測 (Date: Y/ M/ D) (年 月 日)		Height 身長	cm	Pulse 脈拍	times / minutes 回/分	Blood pressure 血圧	Maximal 最大	mmHg		Use of antihypertensive medication 降圧薬の服用					
		Weight 体重	kg				Minimal 最小	mmHg		No / Yes 無 有					
Condition of the disability 障害の状態															
⑪Circulatory disease[present disorder (Date: Y/ M/ D)] 循環器疾患 年 月 日															
1.Respiratory failure 臨床所見 (1) Subjective symptoms 自覚症状 Palpitation (No/Yes/Severe) 動悸 (無 ・ 有 ・ 著) Difficulty in breathing (No/Yes/Severe) 呼吸困難 (無 ・ 有 ・ 著) Shortness of breath (No/Yes/Severe) 息切れ (無 ・ 有 ・ 著) Chest pain (No/Yes/Severe) 胸痛 (無 ・ 有 ・ 著) Coughing (No/Yes/Severe) 咳 (無 ・ 有 ・ 著) Sputum (No/Yes/Severe) 痰 (無 ・ 有 ・ 著) Syncope (No/Yes) 失神 (無 ・ 有)					(2) Objective symptoms 他覚所見 Cyanosis (No/Yes/Severe) チアノーゼ (無 ・ 有 ・ 著) Edema (No/Yes/Severe) 浮腫 (無 ・ 有 ・ 著) Prominent neck veins (No/Yes) 頸静脈怒張 (無 ・ 有) Clubbed finger (no, yes) ばち状指 (無、有) Decreased urination (No/Yes) 尿量減少 (無 ・ 有) Organic murmur (No/Yes) 器質的雑音 (無 ・ 有) (Levine, degree) 度						2.Classification of general conditions (Date: Y/ M/ D)(Please select the item and circle one.) 一般状態区分表 (年 月 日)(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。) a. The patient is asymptomatic and can engage in social activities without restriction. The patient can behave in the same manner as before the onset of the disorder. 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 b. The patient has mild symptoms, and his ability to do physical work is limited. However, he can walk and do light or sedentary work (light housework, clerical work, etc.). 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 c. The patient can walk and care for themselves but may need some assistance at times. The patient cannot do light work but is active at home for more than 50% of the day. 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 d.The patient can do some self-care but often requires assistance, spends more than 50% of the day in bed, and is virtually unable to go outside on their own. 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 e.The patient is unable to care for themselves, requires constant assistance, and is forced to stay in bed all day. The range of the patient’s activity is limited to the area around the bed. 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。				
3.New York Heart Association functional classification(NYHA) 心機能分類(NYHA) I ・ II ・ III ・ IV															
4.Laboratory findings 検査所見 (1)Electrocardiogram (If the patient underwent electrocardiography and his/her findings are available, attach a copy of the electrocardiogram.) 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。)					(2)Chest X-ray findings (Date: Y/ M/ D) 胸部X線所見 Cardiothoracic ratio (%) 心胸郭係数 Pulmonary venous congestion (No/Yes/Severe) 肺静脈うっ血(無・有・著)										
①Resting electrocardiogram (Date: Y/ M/ D) 安静時心電図 Ventricular premature beat (No/Yes) 心室性期外収縮(無・有) Atrial fibrillation / flutter (No/Yes) 心房細動・粗動(無・有) Left complete bundle branch block (No/Yes) 完全左脚ブロック(無・有) Old myocardial infarct (No/Yes) 陈旧性心筋梗塞(無・有) Others () その他 ()					(3)Arterial blood gas analysis (Date: Y/ M/ D) 動脈血ガス分析値 Arterial blood O2 partial pressure(Torr) 動脈血O2分圧 Arterial blood CO2 partial pressure(Torr) 動脈血CO2分圧										
②Exercise electrocardiogram (No/Yes)(Date: Y/ M/ D) 負荷心電図(無・有) (negative, false positive, positive) (METs) (陰性・疑陽性・陽性) ③Holter monitoring (No/Yes) (Date: Y/ M/ D) ホルター心電図(無・有) (Findings) (所見)					(4)Heart catheterization (Date: Y/ M/ D) 心カテーテル検査 Left ventricular ejection fraction EF % 左室駆出率 Coronary contraction induction test (No/Yes) (negative, positive) 冠動脈れん縮誘発試験 (無・有) (陰性・陽性) Stenosis of over 50% in the left main coronary artery (No/Yes) 左主幹部に50%以上の狭窄 (無・有) Stenosis of over 75% in there major coronary arteries (No/Yes) 3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有) Findings 所見										

Check either "Confirmed in medical records" or "Statement of the patient," and if it is based on the patient's statement, enter the date of the statement. 「診療録で確認された」は本人の申立てのどちらかにチェックをして本人の申立ての場合は、それを確認した年月日を記入してください。

(Request) Please fill in clinical findings, etc. to the extent that you know them based on the medical records.
(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。

Condition of the disability
障害の状態

(5) Echo cardiography (Date: Y/ M/ D) 心エコー検査 Left ventricular diastolic diameter _____mm 左室拡張期径 Left ventricular systolic diameter _____mm 左室収縮期径 Left ventricular ejection fraction EF _____% 左室駆出率 Findings (Left ventricular hypertrophy, Valvular disease, Diastolic dysfunction, Estimated pulmonary artery pressure) 所見(左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)	(6) Blood test (Data: Y/ M/ D) 血液検査 BNP value (brain natriuretic peptide) _____pg/mL BNP値(脳性ナトリウム利尿ペプチド) NT-proBNP value (N-terminal pro b-type Natriuretic Peptide) _____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)
--	---

5.Other findings (Date: Y/ M/ D)
その他の所見

⑫Disease-specific findings [present disorder (Date: Y/ M/ D)] (Please fill in the relevant disease.)
疾患別所見 (該当する疾患について記入してください。)

1. Myocardial disease
心筋疾患
(1) Hypertrophic cardiomyopathy (No/Yes)
肥大型心筋症(無・有)
(2) Dilated cardiomyopathy (No/Yes)
拡張型心筋症(無・有)
(3) Other cardiomyopathy (No/Yes)
その他の心筋症(無・有)
(4) Findings 所見
()

2. Ischemic heart disease
虚血性心疾患
(1) Heart failure symptoms (No/Yes(light exertion)/Yes(at rest))
心不全症状(無・軽労作で有・安静時有)
(2) Ventricular premature beat (No/Yes(light exertion)/Yes(at rest))
狭心症状(無・軽労作で有・安静時有)
(3) Ventricular premature beat after infarction (No/Yes(light exertion)/Yes(at rest))
梗塞後狭心症状(無・軽労作で有・安静時有)
(4) Premature ventricular contractions (No/Yes), (Lown degree)
心室性期外収縮(無・有) 度
(5) Intervention (No/Yes), Initial intervention (Date: Y/ M/ D), (Total courses), (Manipulation:)
インターベンション(無・有) 初回 年 月 日、計 回、手技
(6) AC bypass (No/Yes), Initial surgery (Date: Y/ M/ D)
ACバイパス術(無・有) 初回 年 月 日
(7) Restenosis (No/Yes) (Date: Y/ M/ D)
再狭窄(無・有) 年 月 日
(8) Other operations (No/Yes) (Surgical technique) (Date: Y/ M/ D)
その他の手術(無・有) 手術名
(9) Others その他
()

3. Arrhythmia
不整脈
(1) Intractable arrhythmia (No/Yes) () (Date: Y/ M/ D)
難治性不整脈(無・有) 年 月 日
(2) Insertion of pacemaker (No/Yes)(Date: Y/ M/ D)
ペースメーカー治療(無・有) 年 月 日
(3) Implantable cardioverter defibrillator(ICD) (No/Yes) (Date: Y/ M/ D)
植込み型除細動器(ICD)(無・有) 年 月 日
(4) Others その他
()

4. Aortic disease
大動脈疾患
(1) Thoracic aortic dissectin (No/Yes) Stanford classification (type A, type B) (Date: Y/ M/ D)
胸部大動脈解離(無・有) スタンフォード分類(A型・B型) 年 月 日
(2) Aortic aneurysm (No/Yes) (Sites: thoracic / thoracoabdominal / abdmen) (maximum short diameter of the vessel cm) (Date: Y/ M/ D)
大動脈瘤(無・有) (部位:胸部・胸腹部・腹部) 最大血管短径 年 月 日
(3) Artificial blood vessel (No/Yes) (Sites: thoracic / thoracoabdominal / abdmen) (Date: Y/ M/ D)
人工血管(無・有) (部位:胸部・胸腹部・腹部) 年 月 日
(4) Stent graft (No/Yes) (Sites: thoracic / thoracoabdominal / abdmen) (Date: Y/ M/ D)
ステントグラフト(無・有) (部位:胸部・胸腹部・腹部) 年 月 日
(5) Other operations (No/Yes) (Surgical technique) (Date: Y/ M/ D)
その他の手術(無・有) 手術名 年 月 日
(6) Others その他
()

(Note) If the patient has hypertension, state it also in the "7 Hypertension" column.
(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. Congenital heart disease / Valvular disease
先天性心疾患・弁疾患
(1) Congenital heart disease 先天性心疾患の場合
Date of appearance of symptoms(Date: Y/ M/ D)
症状の出現時期 年 月 日
Participation in gym classes in elementary and junior high schools (Active participation, Observation)
小・中学生時代の体育の授業(普通にできた・参観していた)
(2) Valvular disease 弁疾患の場合
Causative disease 原因疾患
Onset (Date: Y/ M/ D) 発病時期(年 月 日)
(3) Eisenmenger syd. (No/Yes)
Eisenmenger症候群(無・有)
(4) Pulmonary-to-systemic blood flow ratio _____
肺体血流比
(5) Pulmonary artery systolic pressure _____mmHg
肺動脈収縮期圧
(6) Replacement of heart valve with prosthesis (No/Yes)
人工弁置換術(無・有)
(Surgical technique used: (Date: Y/ M/ D))
手術名 年 月 日
(7) Other operations (No/Yes)
その他の手術(無・有)
(Surgical technique used: (Date: Y/ M/ D))
手術名 年 月 日
(8) Others ()
その他

You do not need to fill in columns that are unrelated to the extent or condition of the patient's disorder. (Please cross out irrelevant fields.)
本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には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。)

6. Severe heart failure
重症心不全

(1) Heart transplant (No/Yes)
心臓移植（無・有）

(Date: Y/ M/ D)
年 月 日

(2) Artificial heart (No/Yes)
人工心臓（無・有）

(Date: Y/ M/ D)
年 月 日

(3) Cardiac resynchronization teraphy(CRT) (No/Yes)
心臓再同期医療機器（CRT）（無・有）

(Date: Y/ M/ D)
年 月 日

(4) CRT device with defibrillator(CRT-D) (No/Yes)
除細動器機能付き心臓再同期医療機器（CRT-D）（無・有）

(Date: Y/ M/ D)
年 月 日

7. Hypertension
高血圧症

(1) Essential hypertension / Secondary hypertension (Name of disease
本態性高血圧症・二次性高血圧症（病名： ）

(3) History of transient ischemic attack (No/Yes): ≤1 year, ≥1 year before (about Y/ M)
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

(2) Laboratory results 検査成績

Date of measurement of blood pressure 血圧測定年月日	Maximal blood pressure 最大血圧	Minimal blood pressure 最小血圧	Use of antihypertensive 降圧薬服用
			No/Yes (types) 無・有 (種)
			No/Yes (types) 無・有 (種)
			No/Yes (types) 無・有 (種)

Protein in urine (-, ±, +, ++)
尿蛋白の有無

(4) Funduscopy findings (Date: Y/ M/ D)
眼底検査所見 年 月 日
Keith-Wagener classification・Scheie classification・Others (method):

KW ・ Scheie ・ その他 (法):

(5) Other complications (aortic dissection, aortic aneurysm, peripheral arterial obliteration, etc.)
その他の合併症（大動脈解離、大動脈瘤、末梢動脈閉塞など）
(No/Yes) (Name of disease:)
(無・有) 病名

(6) Serum creatinine level mg/dl
血清クレアチニン濃度

8. Other cardiovascular diseases
その他の循環器疾患

(1) Operations (No/Yes) (Surgical technique:) (Date: Y/ M/ D)
手術（無・有） 手術名 年 月 日

(2) Others ()
その他 ()

⑬Ability to perform daily activities and work with present symptoms
(Please be sure to complete this section).
現症時の日常生活活動能力および労働能力
(必ず記入してください。)

⑭Prognosis
(Please be sure to complete this section).
予後(必ず記入してください。)

⑮Remarks
備考

I hereby make the above diagnosis.
(上記のとおり診断します。)

Date: Y/ M/ D
年 月 日

Name of hospital or clinic:
(病院又は診療所の名称)

Address:
(所在地)

Name of department responsible for treatment:
(診療担当科名)

Physician's Signature:
(医師氏名)

Patient Name: _____
患者氏名

Points to note when completing this document

記入上の注意

1. This medical certificate is one of the documents that must be attached to the pension claim of those who wish to claim invalidity benefits under the National Pension, Employees’ Pension Insurance, and will accordingly be used to verify whether or not the extent of the claimant’s disorder at 18 months after the initial consultation is applicable under any of the enforcement ordinance appendices of the National Pension Law, the Employees’ Pension Insurance Law (hereinafter, enforcement ordinance appendices).
It will also be used to establish whether an individual whose disorder was not of an extent applicable under any of the enforcement ordinance appendices 18 months after the initial consultation fell under any of the applicable states on or before the day preceding their 65th birthday.
[In addition, this certificate of diagnosis will also be used to verify whether the extent of a disorder is applicable under any of the enforcement ordinance appendices for individuals attempting to claim additional allowances for National Pension, Employees’ Pension Insurance benefits.]
この診断書は、国民年金また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また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、または、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、国民年金また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. In section ㉓, enter the date the patient first received medical treatment for the disease or injury causing the disorder, not the date of diagnosis, for the purpose of compiling this certificate of diagnosis. If the patient has previously been treated by another doctor, please provide the information based on the patient’s statement.
㉓の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、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. Regarding “Frequency of consultations” in section ㉑, please indicate the frequency of consultations during the last year preceding the onset of the current disorder. Please note that one day of hospitalization should count as one medical consultation.
㉑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. Please note the following when filling out the “Disability Status” section.
「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) Ensure you fill out all the following sections: ㉑-㉒ and ㉓-㉔. Regarding section ㉒, the sections that are not related to the severity or condition of disability need not be filled out. (Please cross out any irrelevant fields.) If there is not enough space to fill in all the information, please attach a separate piece of paper on which you provide the necessary information.
㉑～㉒および㉓～㉔の欄は、全て記入してください。㉒の欄については本人の障害の程度およ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) Regarding “(3)Arterial blood gas analysis to (6)Blood test” in “4 Laboratory findings” in section ㉑, if a test has been conducted, please enter the most recent results for the present disorder in the corresponding section.
㉑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) Regarding “(6)Blood test” in “4 Laboratory findings” in section ㉑, please enter the value for one of the tests.
㉑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) Regarding “6 Severe heart failure”, if you have severe heart failure, please fill in the section ㉒. If a person who is not classified as seriously ill has been fitted with a “(3) Cardiac Resynchronization Device (CRT)” or “(4) Cardiac Resynchronization Device with Defibrillator Function (CRT-D)”, please enter the date of fitting and the medical device (CRT or CRT-D) in the ㉔Remarks section.
㉒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㉒6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㉔備考欄に記入してください。
(5) Regarding “(4)Funduscopic findings” in “7. Hypertension” in section ㉒, report the findings obtained during the past three months, which reflect the symptoms most clearly.
㉒の欄の「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. If electrocardiogram findings are present, **please be sure to attach a copy of the electrocardiogram in addition to this medical certificate.**
心電図所見のあるものは、この診断書の外に、**心電図のコピー**を必ず添えてください。