

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害18歳未満用）

総括表

氏名	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他（ ）
③ 疾病、外傷発生年月日 年 月 日 ・ 場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
（ 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 （再認定の時期 年 月 後） ）		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 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（自署又は記名押印）		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する ( 級相当) ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

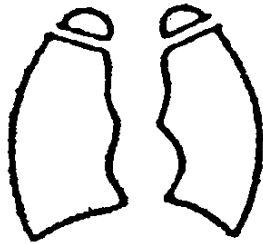
（該当するものを○で囲むこと。）

1 臨床所見

- |             |       |         |       |
|-------------|-------|---------|-------|
| ア 著しい発育障害   | （有・無） | オ チアノーゼ | （有・無） |
| イ 心音・心雑音の異常 | （有・無） | カ 肝腫大   | （有・無） |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | （有・無） | キ 浮腫    | （有・無） |
| エ 運動制限      | （有・無） |         |       |

2 検査所見

（1）胸部エックス線写真所見（ 年 月 日）



- |             |       |
|-------------|-------|
| ア 心胸比0.56以上 | （有・無） |
| イ 肺血流量増又は減  | （有・無） |
| ウ 肺静脈うっ血像   | （有・無） |

心胸比 \_\_\_\_\_ %

（2）心電図所見（ 年 月 日）

- |         |                     |
|---------|---------------------|
| ア 心室負荷像 | [ 有<右室、左室、両室> ・ 無 ] |
| イ 心房負荷像 | [ 有<右房、左房、両房> ・ 無 ] |
| ウ 病的不整脈 | [種類 _____ ]（有・無）    |
| エ 心筋障害像 | [所見 _____ ]（有・無）    |

（3）心エコー図、冠動脈造影所見（ 年 月 日）

- |              |       |
|--------------|-------|
| ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 | （有・無） |
| イ 冠動脈瘤又は拡張   | （有・無） |
| ウ その他        |       |

3 養護の区分（注）養護の区分と等級の関係は次のとおり作られているものである。

（1）非該当 （2）、（3）4級相当 （4）3級相当 （5）1級相当

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

4 ペースメーカー ( 有 年 月 日・無 )

人工弁移植、弁置換 ( 有 年 月 日・無 )

体内植え込み型除細動器 ( 有 年 月 日・無 )

5 その他の手術の状況

ア 手術の種類 ( )

イ 手術年月日 ( 年 月 日 実施済 ・ 予定 )