第６号様式

**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　船橋市 |
|  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（ 　　　）※上記のいずれかを必ず選択してください |
|  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※診断日以前の日付をご記入ください |
|  ⑤ 総合所見〔将来再認定：　要 ・ 不要 〕　要の場合再認定の理由（重度化・軽度化）再認定の時期（　　　年　　月）※診断日から１年以上５年以内の期間でご記入ください |
|  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　　　 地担当診療科名　　 　科　医師氏名　　　　 　　　　　　 |
|  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 | １　障害名には、現在起こっている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。２　「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。３　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。４　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問い合わせする場合があります。身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する指定医師の診断を受けてください |

心臓の機能障害の状態及び所見（18歳未満用）

|  |
| --- |
| 3346 （該当するものを○で囲むこと。） 　１　臨床所見（　　　　年　　月　　日）※診断日の状態を記入 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　肝大 （ 有 ・ 無 ） ウ 多呼吸又は呼吸不全（ 有 ・ 無 ）　　ケ　浮腫 （ 有 ・ 無 ） エ 運動制限（ 有 ・ 無 ）　２　検査所見　※診断日から６ヶ月以内の所見を記入（１）　胸部エックス線所見（　　　　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 冠動脈の狭又は閉　　　（　有　・　無　） イ 冠動脈又は拡張　　　（　有　・　無　） ウ その他　３　養護の区分（　　　　年　　月　　日）※診断日の状態を記入　　(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※養護の区分と等級の関係は次のように作られている。（１）：非該当　　（２）・（３）：４級相当　　（４）：３級相当　　（５）：１級相当 |
|
|
|
|
|
|
| ４　 ペースメーカ （ 有 ・ 無 ）（　　年　　月　　日施行） 人工弁移殖・弁置換 （有（　　　弁）・ 無 ） （　　年　　月　　日施行） 体内植込み型除細動機 （ 有 ・ 無 ）（　　年　　月　　日施行） 心臓移植 　 　 （ 有 ・ 無 ）（　　年　　月　　日施行） |
|
|
|
|
|
|
|
|
|  |