

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）

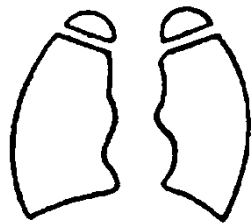
（該当するものを○で囲むこと。）

## 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 腫 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）



心 胸 比 （      %）

- 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）

### (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 病的な不整脈      [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	ペースメーカー		(有・無)	(	年	月	日施行)
	人工弁移植・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)