

身体障害者診断書・意見書(心臓機能<18歳未満>障害用)

総括表

氏 名	明治 大正 昭和 平成	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()			
② 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					
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]					
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 科 医師氏名 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 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、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 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。 3 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頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。					

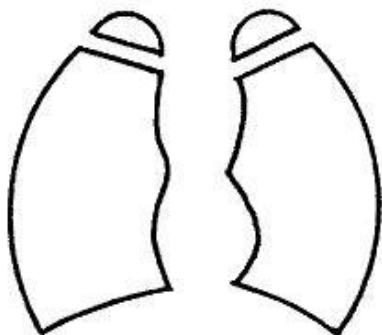
（該当するものを○でかこむこと）

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

- 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

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| (1) 6 か月～1 年毎の観察 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1 か月～3 か月毎の観察 | (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムス |
| (3) 症状に応じて要医療 | 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 |