

# 身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害・18歳未満用)

氏 名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	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 疾病, 先天性, その他 ( )	
③ 疾病・外傷発生年月日      平成      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)    平成      年      月      日			
⑤ 総合所見			
〔将来再認定      要      ・      不要 〕 (再認定の時期    平成      年      月)			
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断し, 併せて次の意見を付する。			
平成      年      月      日		病院又は診療所の名称 所      在      地 電      話      番      号 診療担当科名 氏      名 科 ④	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見			
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	
〔障害部位ごとの等級, 障害の内容及び指数についての参考意見〕			
障 害 部 位	等 級	障 害 の 内 容	指 数
総 合	級	合 計	点
注意 1 この書類は, 身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師が作成すること。 2 この書類には, 障害の種類に応じて知事が別に定める様式による障害の状況及びこれに係る所見を記載した書類を添付すること。			

# 心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

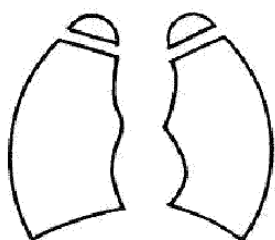
（該当するものを○でかこむこと）

## 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 （平成 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 肺静脈うつ血像   | （有・無） |

(2) 心電図所見 （平成 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 （平成 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

（区分と等級の関係：(1) 非該当 (2)・(3) 4級相当 (4) 3級相当 (5) 1級相当）

- |                 |  |
|-----------------|--|
| (1) 6カ月～1年毎の観察  | (4) 継続的要医療                                       |
| (2) 1カ月～3カ月毎の観察 | (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 |
| (3) 症状に応じて要医療   |  |