

心

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害（18 歳未満）用）

氏 名	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， 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（再認定の項目も記入）		
〔 将来再認定 要（軽度化・重度化）・ 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		
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 障害名の欄には，心臓機能障害と記入し，原因となった疾病・外傷名の欄には，僧帽弁膜 狭窄等障害の原因となった疾病等を記入するとともに，該当する事項を○で囲んでくださ い（「その他」を囲んだ場合は（ ）内に具体的に記入してください。）。 2 障害区分や等級決定のため，改めて状況及び所見についてお問い合わせする場合があります。		

心臓機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

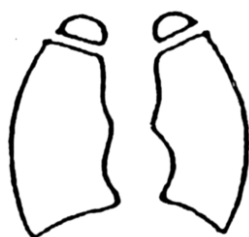
（該当するものを○で囲むこと。）

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 ^{りゅう} 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
- （2）1か月～3か月毎の観察
- （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