

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 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