

身体障害者診断書・意見書(18歳未満心臓機能障害用)

総括表

氏名	生年月日	年	月	日生()歳	男・女
住所	島根県				
1 障害名	心臓機能障害				
2 原因となった 疾病・外傷名	(原因疾患名はできる限り正確に書く「僧帽弁狭窄閉鎖不全症」「冠動脈硬化症」等) 自然災害・疾病・先天性 その他()				
3 疾病・外傷発生日	年	月	日	場所	
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む)	障害固定または障害確定(推定) 年 月 日				
5 総合所見	(経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を摘記)				[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 病院または診療所の名称 電話 () 所在地 診療担当科名 科 指定医師氏名(自署)				
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			該当等級にした根拠		
注意 ① 障害区分や等級決定のため、心と体の相談センターから改めて問い合わせする場合があります。 ② 身体障害者福祉法第15条第3項の意見の欄は、指定医師必携の「身体障害者障害程度等級表」に基づき記入すること。					

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 (年 月 日)

- | | |
|-------------|-------|
| 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) |



心胸比

(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、アダムスストークス発作又は狭心症 |
| (3) 症状に応じて要医療 | 発作で継続的医療を要するもの |