

# 身体障害者診断書・意見書(呼吸器機能障害用)

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<br><b>呼吸器機能障害</b>  |      |  |      |                                    |      |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |
| 2 原因となった<br>疾病・外傷名   |      | (原因疾患が明らかなものは、「肺結核」「肺気腫」等正確に記載)  |      | 労災 その他の事故<br>自然災害・疾病・先天性<br>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(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 (経過及び現症から障害認定に必要な事項、特に換気の機能、動脈血ガス値、活動能力の程度を明記)  |      |  |      |                                    |      |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |
| 〔将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要〕<br>〔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。<br>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   |      | 該当等級にした根拠  |      |                                    |      |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 該当する ( 級相当)</li> <li>・ 該当しない</li> </ul>                             |      | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>1級相当</td> <td>3級相当</td> <td>4級相当</td> </tr> <tr> <td>指数</td> <td>20以下</td> <td>30以下</td> <td>40以下</td> </tr> <tr> <td>O<sub>2</sub>分圧</td> <td>50以下</td> <td>60以下</td> <td>70以下</td> </tr> </table> |      |                                    |      |  | 1級相当 | 3級相当 | 4級相当 | 指数 | 20以下 | 30以下 | 40以下 | O <sub>2</sub> 分圧 | 50以下 | 60以下 | 70以下 |
|  |      |  | 1級相当 | 3級相当                               | 4級相当 |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |
| 指数   | 20以下 | 30以下   | 40以下 |                                    |      |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |
| O <sub>2</sub> 分圧  | 50以下 | 60以下   | 70以下 |                                    |      |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |
|  |      | その他  |      |                                    |      |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |
| 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。<br>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。 |      |  |      |                                    |      |  |      |      |      |    |      |      |      |                   |      |      |      |

## 呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○でかこむこと)

### 1 身体計測

身長  cm 体重  kg

### 2 活動能力の程度

ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。

イ 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。

ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。

エ 平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。

オ 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

### 3 胸部エックス線写真所見 ( 年 月 日 )

ア 胸 膜 癒 着 ( 無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度 )

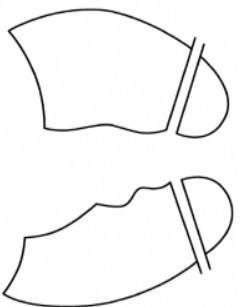
イ 気 腫 化 ( 無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度 )

ウ 線 維 化 ( 無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度 )

エ 不 透 明 肺 ( 無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度 )

オ 胸 郭 変 形 ( 無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度 )

カ 心 ・ 縦 隔 の 変 形 ( 無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度 )



### 4 換気機能 ( 年 月 日 )

ア 予測肺活量  ・  L (実測肺活量  ・  L)

イ 1 秒 量  ・  L (実測努力肺活量  ・  L)

ウ 予測肺活量1秒率  ・  %  $(= \frac{1}{\gamma} \times 100)$

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 (L)

男性  $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

女性  $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

(予測式の適応年齢は男性18-91歳、女性18-95歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

### 5 動脈血ガス ( 年 月 日 )

ア  $O_2$  分圧 :  ・  Torr

イ  $CO_2$  分圧 :  ・  Torr

ウ pH :  ・

エ 採血より分析までに時間を要した場合  時間  分

オ 耳朶血を用いた場合 :  ]

### 6 その他の臨床所見