

様式第3

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

氏名	平成 令和	年月日生	男女
住所			
① 障害名（部位を明記）			
② 原因となった ③ 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（レントゲン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			
〔将来再認定 要・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			
注意			
1 障害名には現在起こっている障害、心臓機能障害を記入し、原因となった疾患には、狭心症、僧帽弁狭窄症、心室中隔欠損症等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。			

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

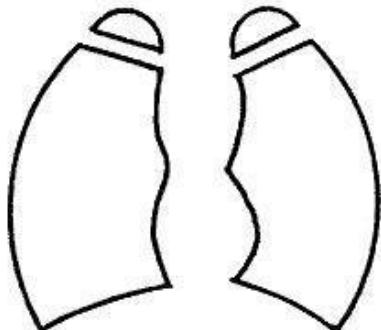
(該当するものを○でかこむこと)

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・心雜音の異常 | (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X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) |

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、アダムスストーキ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 | |