

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 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、原因となった疾病には、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。			

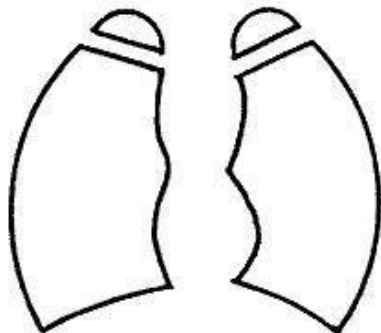
（該当するものを○でかこむこと）

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） |

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発作で継続的医療を要するもの |
| （3）症状に応じて要医療 | |