

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害 18歳以上用）

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	男	女
住所						
① 障害名						
※障害名には、心臓機能障害と記入してください。						
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（ ）						
※原因となった疾病・外傷名には、洞機能不全症候群、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁狭窄症等障害をきたすに至った具体的な疾患名を記入してください。						
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						
⑥ 将来再認定						
要（時期 年 月） ・ 不要						
※1 原則として、障害が軽度になる可能性がある場合のみ、要とし、時期を記載してください。 2 ペースメーカー等の植え込みの場合は、先天性疾患により植え込みした場合を除き、要とし、植え込みから3年以内の時期を記載してください。						
⑦ 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 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項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。						

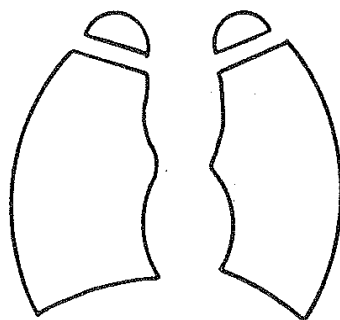
心臓の機能障害の状況及び所見（18歳以上用）

（該当するものを○でかこむこと）

1 臨床所見

- ア 動 悸 （有・無） ク 心 拍 数 （ 回 ）
イ 息 切 れ （有・無） ケ 脈 拍 数 （ 回 ）
ウ 呼 吸 困 難 （有・無） コ 脈 拍 欠 損 （ 回 ）
エ 胸 痛 （有・無） サ 血 圧 （最大 ， 最小 ）
オ 血 痰 （有・無） シ 心 音
カ チアノーゼ （有・無） ス その他の臨床所見
キ 浮 腫 （有・無）
セ 重い不整脈発作のある場合は，その発作時の臨床症状，頻度，持続時間等

2 胸部エックス線所見（ 年 月 日）



心 胸 比 （ % ）

3 心電図所見（ 年 月 日）

- ア 陳旧性心筋梗塞 （有・無）
イ 心室負荷像 （有 < 右室，左室，両室 > ・無）
ウ 心房負荷像 （有 < 右房，左房，両房 > ・無）
エ 脚ブロック （有・無）
オ 完全房室ブロック （有・無）
カ 不完全房室ブロック （有 第 度 ・無）
キ 心房細動（粗動） （有・無）
ク 期外収縮 （有・無）
ケ S T の低下 （有 mV ・無）

- コ 第Ⅰ誘導，第Ⅱ誘導及び胸部誘導（但し，V₁を除く）のいずれかのTの逆転
（有・無）
- サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下
（有・無）
- シ その他の心電図所見
- ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見（発作年月日記載）

4 活動能力の程度

- ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく，それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。
- イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが，それ以上の活動は著しく制限されるもの，又は頻回に頻脈発作を繰返し，日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。
- ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが，それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの。
- エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが，それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの，又は頻回に頻脈発作を起こし，救急医療を繰返し必要としているもの。
- オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの，又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

- 5 ペースメーカー （有・無） [実施日： 年 月 日]
人工弁移植，弁置換 （有・無） [実施日： 年 月 日]

- 6 ペースメーカーの適応度 （クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ）

「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（2010年合同研究班報告）におけるエビデンスと推奨度のグレードについて，当てはまるものに○をしてください。

- 7 身体活動能力（運動強度） （メッツ）

メッツ値について，症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は，症状がより重度の状態（メッツ値が一番低い値）を記載してください。

心電図又はそのコピーを添付してください。