

# 身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害 18歳未満用）

## 総括表

氏名	平成 令和	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、心室中隔欠損症、大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全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
※原則として、障害が軽度化す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。						
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）

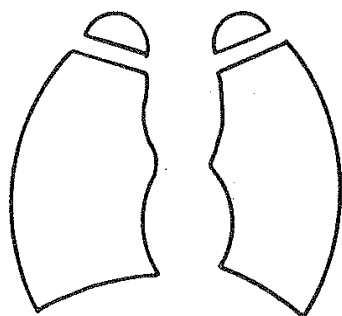
（該当するものを○でかこむこと）

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）



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） |
| ウ その他        |       |

3 養護の区分

- |                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| (1) 6ヶ月～1年毎の観察  | (4) 継続的要医療           |
| (2) 1ヶ月～3ヶ月毎の観察 | (5) 重い心不全，低酸素血症，アダムス |
| (3) 症状に応じて要医療   | 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            |

- |           |       |              |
|-----------|-------|--------------|
| 4 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〕 |

この診断書には必ずこの欄に心電図又はそのコピーを添付すること。

心 電 図