

# 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	年 月 日生( )歳	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（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（障害程度の変化の見込み）		要（時期 年 月） ・ 不要
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記する。		
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すること。）		
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。		

## 備考

- 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄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、いわき市社会福祉審議会から改めて次ページ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)

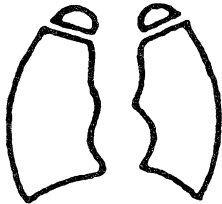
(該当するものを○で囲むこと。)

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箇月～1年毎の観察  | (4) 継続的要医療                                      |
| (2) 1箇月～3箇月毎の観察 | (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   |   |