

# 身体障害者診断書・意見書(18歳未満心臓機能障害用)

総括表

氏名	生年月日	年 月 日生 ( )歳	男・女
住所 島根県			
1 障害名			
<b>心臓機能障害</b>			
2 原因となった (原因疾患名はできる限り正確に書く「僧帽弁狭窄閉鎖不全症」「冠動脈硬化症」等)			
疾病・外傷名		自然災害・疾病・先天性	
その他 ( )			
3 疾病・外傷発生日 年 月 日 場所			
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む)			
障害固定または障害確定(推定) 年 月 日			
5 総合所見 (経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を摘記)			
〔将来再認定 要(軽度化・重度化)・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			
病院または診療所の名称		電話 ( )	
所在地			
診療担当科名	科	指定医師氏名	印
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		該当等級にした根拠	
<ul style="list-style-type: none"> <li>該当する ( 級相当)</li> <li>該当しない</li> </ul>			
注意 ① 障害区分や等級決定のため、心と体の相談センターから改めて問い合わせする場合があります。 ② 身体障害者福祉法第15条第3項の意見の欄は、指定医師必携の「身体障害者障害程度等級表」に基づき記入すること。			

