

# 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 <h2 style="text-align: center;">心臓機能障害</h2>			
2 原因となった 疾病・外傷名 (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) 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(自署)			
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 該当等級にした根拠			
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。			

## 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）

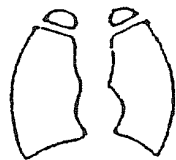
### 1 臨床所見

- |             |       |         |       |
|-------------|-------|---------|-------|
| 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）

- |             |       |
|-------------|-------|
| ア 心胸比0.56以上 | （有・無） |
| イ 肺血流量増又は減  | （有・無） |
| ウ 肺静脈うつ血像   | （有・無） |



心 胸 比

(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 |
| (3) 症状に応じて要医療   | 発作で継続的医療を要するもの                   |