

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	男女
住所		
障害名（部位を明記）		
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・疾病・先天性・その他（ ）	
疾病・外傷発生日	年 月 日	場所
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		
総合所見		
[将来再認定：要（ 年 月 ）・不要]		
その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日		
病院又は診療所の名称 所在地	電話（ ）	
診療担当科名	科 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 ・該当する（ 級相当） ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、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、福島県地方社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

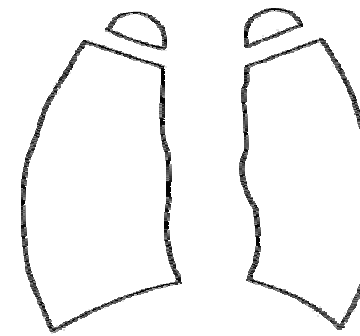
心臓機能障害（18歳未満用）の状況及び所見

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) 胸部エックス線写真所見（ 年 月 日）



心 胸 比

- | | |
|-------------|-------|
| ア 心胸比0.56以上 | （右・無） |
| イ 肺血流量増又は減 | （右・無） |
| ウ 肺静脈うっ血像 | （右・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（右室，左室，両室）・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年ごとの観察 | |
| (2) 1ヶ月～3ヶ月ごとの観察 | （4級相当） |
| (3) 症状に応じて要医療 | （4級相当） |
| (4) 継続的要医療 | （3級相当） |
| (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 | （1級相当） |