

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害 18歳未満用）



氏名	年 月 日生 () 歳	男・女
住所		
① 障害名 心臓機能障害		
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 (障害の程度を詳細に記入。)		
[将来再認定 要 (軽症化・重症化) ・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		
病院又は診療所の名称		
所 在 地		
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、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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、明石市社会福祉審議会から改めて照会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)

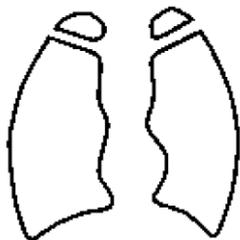
(該当するものを○でかこむこと)

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発作で継続的医療を要するもの |
| (3) 症状に応じて要医療 | |

- | | | | | | |
|-------------|-------|------|---|---|----|
| 4 人工弁移植、弁置換 | (有・無) | (手術日 | 年 | 月 | 日) |
| ペースメーカー | (有・無) | (手術日 | 年 | 月 | 日) |
| 植込み型除細動器 | (有・無) | (手術日 | 年 | 月 | 日) |