

様式第 3

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

氏 名	平成 令和	年 月 日生	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 (レントゲン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			
[ 将来再認定 要 ・ 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			
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、心臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、狭心症、僧帽弁狭窄症、心室中隔欠損症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、地方社会福祉審議会から改めて次頁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)

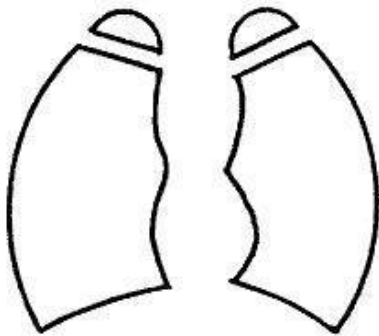
(該当するものを○でかこむこと)

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X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) |

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   |  |