

総括表

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳未満用)

氏名	平成 令和	年	月	日生	男・女
住所					
① 障害名(部位を明記) 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・外傷発生年月日 平成・令和 年 月 日・場所					
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)					
障害固定又は障害確定(推定) 平成・令和 年 月 日					
⑤ 総合所見					
〔将来再認定〕					
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和 年 月					
<input type="checkbox"/> 再認定は不要					
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。 令和 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 (署名または記名押印) 病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号					
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、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。					
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。					

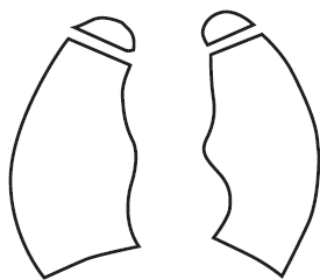
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 (令和 年 月 日)

- | | | | |
|-------------|-----------|---------|-----------|
| 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 (令和 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 (令和 年 月 日)

- | | |
|----------|------------------------------------|
| 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 (令和 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

- 6か月～1年ごとの観察(非該当)
- 1か月～3か月ごとの観察(4級相当)
- 症状に応じて要医療(4級相当)
- 継続的要医療(3級相当)
- 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治療を要するもの(1級相当)