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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　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) 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 1. 総合所見

|  |
| --- |
| 〔将来再認定〕 |
| □ | 軽快・改善による再認定を要する |
| 再認定の時期　　　　　年　　月 |
| □ | 再認定は不要 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 1. 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。 |

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○で囲むこと）　１　臨床所見（　　　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（　　　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（　　　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* 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）　　　　 |