

身体障害者診断書・意見書 心臓機能
(18歳未満) 障害用



氏名	年 月 日生	男・女														
住所																
1 障害名	心臓機能障害	5 0 0														
2 原因となった 疾病・外傷名	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">20</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">30</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">40</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">50</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">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()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">70</td> <td style="text-align: center;">80</td> <td style="text-align: center;">90</td> <td></td> </tr> </table>	10	20	30	40	50	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()					60	70	80	90	
10	20	30	40	50												
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()																
60	70	80	90													
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(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																
 将来再認定 要(重度化・その他) 不要 再認定年月 年 月 																
6 その他の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																
勤務先 (所在地・名称・電話番号)																
身体障害者福祉法 診療担当科名 科 第15条指定医師氏名																
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、脳血管障害、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、改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

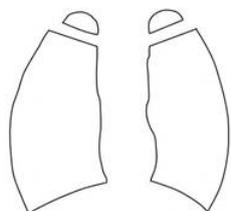
(該当するものを○でかこむこと。)

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 肺血流量の増 (有・無) |
| ウ 肺血流量の減 (有・無) |
| エ 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カ月～1年毎の観察 | (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 |
| (2) 1カ月～3カ月毎の観察 | |
| (3) 症状に応じて要医療 | |
| (4) 継続的要医療 | |

4. 手術

- | | |
|-----------------|------------------|
| ペースメーカー (有・無) | 〔手術年月日
年 月 日〕 |
| 人工弁移植、弁置換 (有・無) | |