

種別 [-] [- -] [- -] [- -] [- -] 原因 []

身体障害者診断書・意見書（心臓の機能障害（18歳未満）用）

総括表

氏名	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	1 交通 2 労災 3 その他の事故 4 戦傷 5 戦災 6 自然災害 7 疾病 8 先天性 9 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（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（軽減化・重度化）・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		
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		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する（ 級相当） ・ 該当しない 		
<p>注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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下さい。</p> <p>2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。</p> <p>3 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お問い合わせする場合があります。</p>		

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

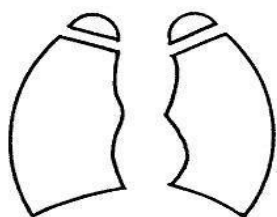
（該当するものを○でかこむこと）

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 肺静脈うつ血像 | （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 更生医療補装具の必要性の所見