

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害<18歳未満>用）

氏名	明治・大正・昭和 平成・令和	年	月	日生（ ）歳	男・女
住所					
① 障害名（部位も明記）					
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（障害程度の変化の見込） 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。					
令和 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 ⑩					
(氏名を自署する場合は、押印を不要とする。)					
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すること。〕					
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	<p>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、脳卒中、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。</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、静岡県社会福祉審議会から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）

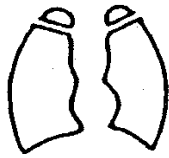
（該当するものを○で囲むこと。）

1 臨床所見

- | | |
|--------------------|----------------|
| (1) 著しい発育障害（有・無） | (5) チアノーゼ（有・無） |
| (2) 心音・心雑音の異常（有・無） | (6) 肝しゅ大（有・無） |
| (3) 多呼吸又は呼吸困難（有・無） | (7) 浮しゅ（有・無） |
| (4) 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

- 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 冠動脈の狭さく又は閉そく （有・無）
イ 冠動脈りゅう又は拡張 （有・無）
ウ その他

3 養護の区分

- | | |
|------------------|------------------------------------------------|
| (1) 6箇月～1年ごとの観察 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1箇月～3箇月ごとの観察 | (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 | |