様式第３

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | | | 平成  令和  **母 示 中 環 小** | | 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 | |  | | 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 | | 参考となる経過・現症（レントゲン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 ・ 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） | | | | | | | |
| 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　障害名には現在起こっている障害、心臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、狭  心症、僧帽弁狭窄症、心室中隔欠損症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、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、  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Ｘ線所見（　　　　年　　月　　日）  02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）  心　胸　比  （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）  ３　養護の区分 | |
| （１）６か月～１年毎の観察  （２）１か月～３か月毎の観察  （３）症状に応じて要医療 | （４）継続的要医療  （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 |
|  | |