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 |
|  |