

# 身体障害者診断書・意見書

総括表

( 心臓機能障害 18歳未満用 )

氏 名	年 月 日生 ( ) 歳	男 ・ 女
住 所		
① 障害名 心臓機能障害		
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 (エックス線写真及び検査所見を含みます。)		
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 】 (再認定時期 年 月)		
⑥ その他参考となる合併症状		
<p>上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>電 話 番 号</p> <p>診療担当科名 科 15条指定医師氏名</p>		
<p>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】</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 該当する ( 級相当)</li> <li>・ 該当しない</li> </ul>		
<p>備考 1 「②原因となった疾病・外傷名」欄には、原因となった基礎疾患名 (心室中隔欠損症等) を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、相模原市社会福祉審議会審査部会からお問合せする場合があります。</p>		

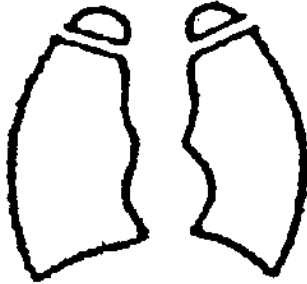
（該当するものを○で囲んでください。）

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）胸部エックス線写真所見（ 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（ 年 月 日）

- |          |                   |
|----------|-------------------|
| 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箇月～1年ごとの観察
- （2）1箇月～3箇月ごとの観察
- （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

- |             |       |             |
|-------------|-------|-------------|
| 4 ペースメーカー   | （有・無） | （手術日 年 月 日） |
| 人工弁移植、弁置換   | （有・無） | （手術日 年 月 日） |
| 体内植え込み型除細動器 | （有・無） | （手術日 年 月 日） |