

総括表

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害・18歳未満用）

氏名	平 ・ 令	年	月	日生（ ）歳	男・女
住所					
1 障害名(部位を明記)	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、疾病、 自然災害、先天性、その他（ ）				
3 疾病・外傷発生年月日	平 ・ 令	年	月	日	場所
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)					
障害固定又は障害確定(推定) 平 ・ 令 年 月 日					
5 総合所見(障害認定に必要な事項、臨床症状、日常生活活動の制限、将来再認定について明記)					
【 将来再認定： 不要 ・ 要（軽度化・重度化）⇒ 再認定時期： 1年後・3年後・5年後 】					
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記する。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号（ ） ー 診療担当科名 科 第15条指定医師氏名 (署名又は記名押印) ※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。					
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)

- 原因となった疾病・外傷名には、心臓機能障害をきたした原因疾病名について、できる限り正確な名称を記載してください。
例えば、単に「心臓弁膜症」という記載にとどめることなく、種類のわかるものは「僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症」と、その他「大動脈弁閉鎖不全症」「虚血性心疾患」「洞不全症候群」などと記載してください。
- 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

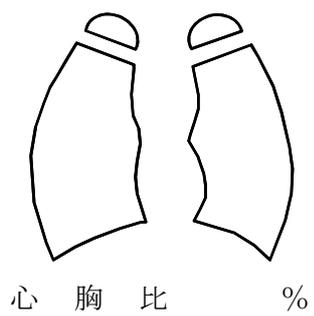
（該当するものを○で囲むこと。）

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（令和 年 月 日）



- 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（令和 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

- | | |
|---------------------|--|
| ア 6箇月～1年毎の観察（非該当） | エ 継続的要医療（3級相当） |
| イ 1箇月～3箇月毎の観察（4級相当） | オ 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（1級相当） |
| ウ 症状に応じて要医療（4級相当） | |

4 その他

- ア ペースメーカー（無・有 ⇒ 手術日 年 月 日）
 イ 体内植込み型除細動器（無・有 ⇒ 手術日 年 月 日）
 ウ 人工弁移植・弁置換（無・有 ⇒ 手術日 年 月 日）
 エ その他の手術（ ⇒ 手術日 年 月 日）