

第3号様式その6（第6条関係）

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害 18歳未満用）

総括表

氏名	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（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		
〔軽度化による将来再認定 要 ・ 不要〕 〔（再認定の時期 年 月 月後）〕		
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		
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、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上 下肢まひ、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、僧帽弁狭窄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、次ページ以降の部分についてお問い合わせす る場合があります。		

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断を受けてください。

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満・児童用）

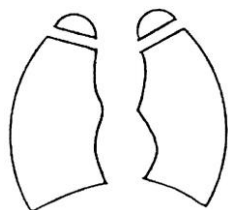
（該当するものを○で囲むこと。）

1 臨床所見

- |             |       |
|-------------|-------|
| ア 著しい発育障害   | (有・無) |
| イ 心音・心雑音の異常 | (有・無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (有・無) |
| エ 運動制限      | (有・無) |
| オ チアノーゼ     | (有・無) |
| カ 肝腫大       | (有・無) |
| キ 浮腫        | (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 肺静脈うつ血像   | (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（ 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か月～1年ごとの観察
- (2) 1か月～3か月ごとの観察
- (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 年 月 日 ・ 無 )  
人工弁移植、弁置換 ( 有 年 月 日 ・ 無 )  
体内植え込み型除細動器 ( 有 年 月 日 ・ 無 )

5 その他の手術の状況

ア 手術の種類 ( )

イ 手術年月日 ( 年 月 日 実施済 ・ 予定 )