

身体障害者診断書・意見書(18歳未満心臓機能障害用)

総括表

氏名	生年月日	年	月	日生()歳	男・女
住所 島根県					
1 障害名 心臓機能障害					
2 原因となった (原因疾患名はできる限り正確に書く「僧帽弁狭窄閉鎖不全症」「冠動脈硬化症」等) 疾病・外傷名 自然災害・疾病・先天性 その他()					
3 疾病・外傷発生日 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)					
障害固定または障害確定(推定) 年 月 日					
5 総合所見 (経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を摘記)					
〔将来再認定 要(軽度化・重度化)・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					
病院または診療所の名称 電話 ()					
所在地					
診療担当科名 科 指定医師氏名 (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			該当等級にした根拠		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する (級相当) ・ 該当しない 					
注意 ① 障害区分や等級決定のため、心と体の相談センターから改めて問い合わせする場合があります。 ② 身体障害者福祉法第15条第3項の意見の欄は、指定医師必携の「身体障害者障害程度等級表」に基づき記入すること。					

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) | | |

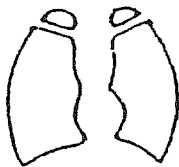
2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (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 肺静脈うつ血像 (有・無)



心胸部比

(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年毎の観察

(4) 継続的要医療

(2) 1か月～3か月毎の観察

(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

(3) 症状に応じて要医療

発作で継続的医療を要するもの