

様式第1号

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 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日生（ ）歳 | 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，自然災害 戦災，疾病，先天性，その他（ ） | | | | | |
| ③疾病・外傷発生年月日 | | | | | |
| 平成 令和 | | | | | |
| 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） | | | | | |
| 平成 令和 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| ⑤総合所見 | | | | | |
| 〔将来再認定： 要 ・ 不要 〕 （再認定の時期：令和 年 月） | | | | | |
| ※原則として、障害の程度が軽減する可能性がある場合のみ、「要」とし、再認定が必要な時期を記入してください。また、再認定「要」とした理由を、⑤総合所見欄等に記入してください（成長により障害程度に変化が生じることが予想される場合を除く）。 | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 病院又は診療所の名称： | | | | | |
| 病院又は診療所の所在地： | | | | | |
| 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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜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、岡山県社会福祉審議会から改めて記載内容についてお問い合わせを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）

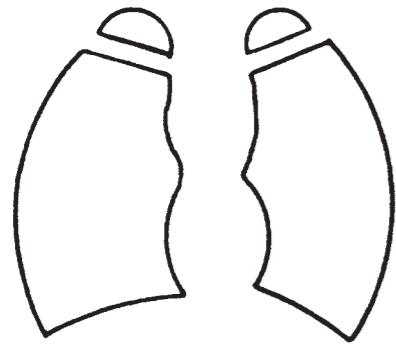
（該当するものを○で囲むこと。）

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 多呼吸及び呼吸困難 | （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）



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 肺静脈うっ血像 | （有・無） |

(2) 心電図所見（令和 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（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

- | | |
|------------------|--|
| (1) 6か月から1年毎の観察 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1か月から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発作で継続的医療を要するもの |
| (3) 症状に応じて要医療 | |

4 ペースメーカー （有・無） 〔実施月日： 年 月 日〕

人工弁移植，弁置換 （有・無） 〔実施月日： 年 月 日〕

※ペースメーカーは、体内植込型除細動器（ICD）を含む。

この診断書には必ずこの欄に心電図所見をした日付の心電図又はその写を添付すること。

心 電 図