

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・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（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		
〔将来再認定：要（重度化・軽度化）（ 年 月）・不要〕		
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 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 印 電話（ ）
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		
<p>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。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。</p>		

心臓機能障害（18歳未満用）の状況及び所見

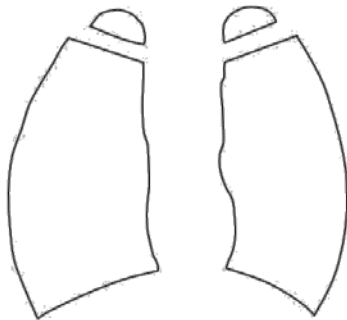
（該当するものを○で囲むこと。）

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 (右室, 左室, 両室) ・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ヶ月～1年ごとの観察
- (2) 1ヶ月～3ヶ月ごとの観察 (4級相当)
- (3) 症状に応じて要医療 (4級相当)
- (4) 継続的要医療 (3級相当)
- (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 (1級相当)