

身体障害者診断書・意見書（心臓機能（18歳未満）障害用）

総括表

氏名	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、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		
[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、右上下肢麻痺、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、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。		

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

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)



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 肺静脈鬱血像 | (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・無) 装着年月日 (年 月 日)

人工弁移植、弁置換 (有・無) 移植・置換年月日 (年 月 日)