

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害〔18歳未満〕）

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（時期 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下さい。 2 障害区分や等級決定のため、富山県社会福祉審議会から改めて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。 3 医師が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。		

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

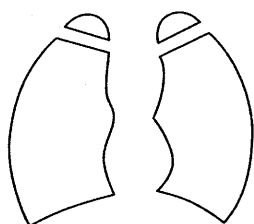
（該当するものを○で囲むこと。）

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発作で継続的医療を要するもの |
| (3) 症状に応じて要医療 | |