

様式第1号(6)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害児童用)

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 ・ 不要] (再認定の時期 年 月 月後)		
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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下 肢まひ、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、埼玉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。		

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満・児童用)

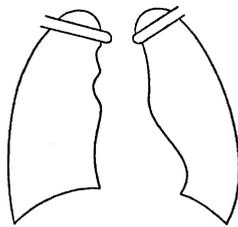
(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- ア 著しい発育障害 (有・無)
イ 心音・心雑音の異常 (有・無)
ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)
エ 運動制限 (有・無)
オ チアノーゼ (有・無)
カ 肝腫大 (有・無)
キ 浮腫 (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 肺静脈うつ血像 (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
(3) 症状に応じて要医療 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 (年 月 日) ・ 無)
人工弁移植、弁置換 (有 (年 月 日) ・ 無)
体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

5 その他の手術の状況

- ア 手術の種類 ()
イ 手術年月日 (年 月 日 実施済 ・ 予定)

