



様式第3号

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害・18歳未満用）

氏名	明治・昭和 大正・平成	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所			
① 障害名	心臓機能障害		
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，震災，震災以外の天災，その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	昭和 平成	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） 昭和・平成 年 月 日			
⑤ 総合所見（障害の程度を詳細に記入。）			
〔将来再認定 要（軽症化・重症化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕			
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。			
平成 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			
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、兵庫県社会福祉審議会から改めて照会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）

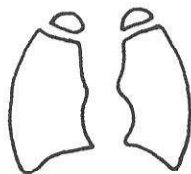
（該当するものを○でかこむこと）

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（平成 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（平成 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 | |

- | | | | |
|-------------|---------|------|--------|
| 4 人工弁移植、弁置換 | （有 ・ 無） | （手術日 | 年 月 日） |
| ペースメーカー | （有 ・ 無） | （手術日 | 年 月 日） |
| 植込み型除細動器 | （有 ・ 無） | （手術日 | 年 月 日） |