

**診断書の作成は身体障害者福祉法第 15 条に規定する医師に限られます。****総括表 身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害の 18 歳未満用）**

氏 名		生年 月 日	年 月 日（ 歳）	男・女
住 所	〒			
① 障害名（部位を明記）			障害の状況及び所見 別紙のとおり	
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（画像診断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（再認定の項目も記入）				
[将来軽度化による再認定 要・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。併せて下記の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 診療担当科名 科 指定医師氏名 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すること。〕 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 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には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、牛久市から改めて障害の状況及び所見について問合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）

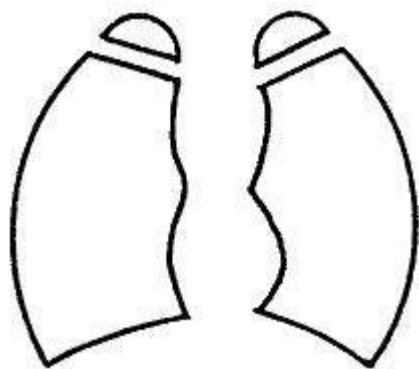
（該当するものを○でかこむこと）

### 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（      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     |  |