

心	(表面)	のりづけ	(再交付の場合を除く。)	のりづけ
	写 真 (4cm×3cm) 脱帽のこと	写 真 (4cm×3cm) 脱帽のこと		

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。

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	年 月 日生	男 女
住 所	市 郡 町 村	番地
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		
[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る。 年 月 日		
病院又は診療所の名称 所 在 地	市 郡 町 村	番地
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 障害名の欄には、心臓機能障害等現在起こっている障害を記入し、原因となった疾病・外傷名の欄には、僧帽弁膜狭窄等障害の原因となった疾病等を記入するとともに、該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は()内に具体的に記入してください。) 2 障害区分や等級決定のため、改めて状況及び所見についてお問い合わせする場合があります。		

(裏面)

心臓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 ^{しゅ} 腫大 | (有 ・ 無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (有 ・ 無) | キ 浮 ^{しゅ} 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)

- | | |
|-------------|---------|
| 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) |



心胸部比

(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 ^{さく} 又は閉塞 ^{そく} | (有 ・ 無) |
| イ 冠動脈瘤 ^{りゅう} 又は拡張 | (有 ・ 無) |
| ウ その他 | |

3 養護の区分

- (1) 6か月から1年ごとの観察
- (2) 1か月から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