

第1号様式の4（第2条の5関係）

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害18歳未満用）

総括表

氏名	年 月 日生（ ）歳	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・ 自然災害・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		
6 将来再認定（障害程度の変化の見込）	要（時期 年 月）・不要	
7 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記する。 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。		

（注意）

- 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。
- 3 障害区分や等級決定のため、郡山市地方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)



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

心 胸 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箇月～1年毎の観察(非該当) | (4) 継続的要医療(3級相当) |
| (2) 1箇月～3箇月毎の観察(4級相当) | (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムスス |
| (3) 症状に応じて要医療(4級相当) | 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(1級相当) |