

第2号様式（第4条関係）

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
障害名（部位を明記）		
原因となつた 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（ ）	
疾病・外傷発生年月日	年 月 日・場所	
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
総合所見		
<p style="text-align: right;">[将来再認定 要 ・ 不要] [再認定の時期 年 月]</p>		
その他参考となる合併症状		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地</p> <p style="text-align: center;">診療担当科名 科 医師氏名 印</p>		
<p>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）</p> <p style="text-align: center;">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）。</p> <p style="text-align: center;">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しない。</p>		
<p>注</p> <p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺^ひ、心臓機能障害等を記入し、原因となつた疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄^{さく}等原因となつた疾患名を記入すること。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、山梨県社会福祉審議会から次ページ以降の部分について問い合わせる場合がある。</p>		

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。)

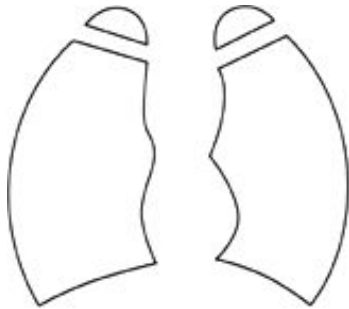
1 臨床所見

- | | |
|------------------|--------------|
| 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X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 | [有(種類)・無] |
| エ 心筋障害像 | [有(所見)・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 |
| (3) 症状に応じて要医療 | 又は狭心症発作で継続的医療を要するもの |