

様式第1号(6)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害児童用)

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( )	
疾病・外傷発生日	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		
<div style="text-align: right;"> <span style="font-size: 2em;">{</span>                     軽度化による将来再認定 要 ・ 不要                      (再認定の時期 年 月後)                 </div>		
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。		
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、右上下肢まひ、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、埼玉県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・児童用）

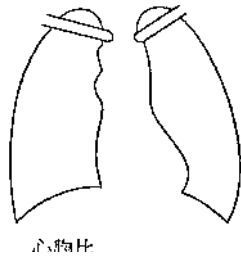
（該当するものを で囲むこと。）

1 臨床所見

- ア 著しい発育障害 (有・無)
- イ 心音・心雑音の異常 (有・無)
- ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)
- エ 運動制限 (有・無)
- オ チアノーゼ (有・無)
- カ 肝腫大 (有・無)
- キ 浮腫 (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)

(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

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

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

5 その他の手術の状況

ア 手術の種類 ( )

イ 手術年月日 ( 年 月 日 実施済 ・ 予定 )