

様式第4号（第6条関係）

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	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (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 自然災害、疾病、先天性、その他()		
③疾病・外傷発生日 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 (障害程度に変化が生じることが予想される場合のみ) ・ 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。 令和 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 電話 () —		市町村 使用欄 15条指定医 確認
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) 1 「①障害名」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、「②原因 となった疾病・外傷名」欄には、心室中隔欠損症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、宮崎県身体障害者相談センター (Tel0985-29-2556) から 内容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)

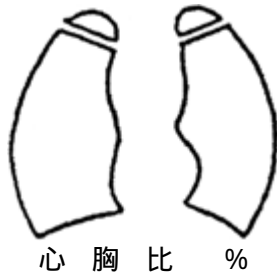
(該当するものを で囲むこと。)

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) |

(2) 心電図所見(年 月 日)

- | |
|-------------------------|
| 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年ごとの観察 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1か月～3か月ごとの観察 | (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 | |