身体障害者診断書・意見書　（心臓機能障害用）（18 歳未満用）

氏　名	明治・昭和 大正・平成　　年　　月　　日	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、先天性、その他（　　）	
③　疾病・外傷発生年月日　昭和 平成　　年　　月　　日　・　場所		
④　参考となる経過・現症（レントゲン及び検査所見を含む。） 障害固定又は障害確定（推定）　昭和 平成　　年　　月　　日		
⑤　総合所見 〔将来再認定　要（１年後・２年後・３年後・４年後・５年後・その他　　年後）・不要　〕		
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。 平成　　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〕 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、例えば再眼失明、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、角膜混濁、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．障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合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）

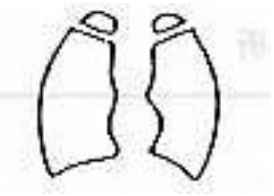
（該当するものを○でかこむこと）

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X線所見（昭和　　年　　月　　日）



心　胸　比

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（右室，左室，両室）・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（昭和　　年　　月　　日）

ア　冠動脈の狭窄又は閉塞
イ　冠動脈瘤又は拡張

3．養護の区分

(1) 6か月～1年毎の観察
(2) 1か月～3か月毎の観察
(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