

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		
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	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		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 (再認定の時期 年 月後) </div>		
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。 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。		

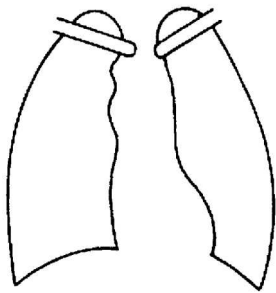
（該当するものを○で囲むこと。）

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 | 肺静脈うつ血像 | （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 | |