

様式第 3

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

氏 名	明治 大正 昭和 平成	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、 自然災害、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 ・ 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。				
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、心臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、狭心症、僧帽弁狭窄症、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、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、お問い合わせする場合があります。				

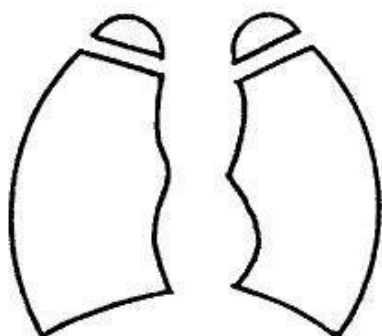
（該当するものを○でかこむこと）

1 臨床所見

- | | | | |
|-------------|---------|---------|---------|
| ア 著しい発育障害 | （有 ・ 無） | 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（平成 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 肺静脈うっ血像 | （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（平成 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） |

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 | |