

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。  
写真の糊付けは斜線部分のみとする。

身体障がい者診断書・意見書 (心臓機能障がいの18歳未満用)

氏名	年 月 日生	男 女
住所	市 郡 町 村	番地
① 障がい名(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	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。)		
障がい固定又は障がい確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
[将来再認定 要(軽度化・重度化)・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る。 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〔障がい程度等級についても参考意見を記入〕 障がいの程度は、「身体障害者福祉法」別表に掲げる障がいに ・ 該当する ( 級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障がい名の欄には、心臓機能障がい等現在起こっている障がいを記入し、原因となった疾病・外傷名の欄には、僧帽弁膜狭窄等障がいの原因となった疾病等を記入するとともに、該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は( )内に具体的に記入してください。) 2 障がい区分や等級決定のため、小美玉市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○で囲むこと。)

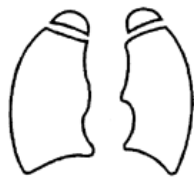
1 臨床所見

- |             |         |         |         |
|-------------|---------|---------|---------|
| ア 著しい発育障がい  | (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 不 整 脈  | [種類                    ] (有・無) |
| エ 心 筋 障 がい 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 <sup>さくそく</sup> | (有 ・ 無) |
| イ 冠動脈瘤又は拡張 <sup>りゅう</sup>    | (有 ・ 無) |
| ウ そ の 他                      |         |

3 養護の区分

- (1) 6か月から1年ごとの観察
- (2) 1か月から3か月ごとの観察
- (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