

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、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。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
〔 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 （再認定の時期 年 月後） 〕		
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、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺 ^ひ 、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄 ^{さく} 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。		

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満・児童用）

（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)
- 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) 胸部エックス線所見 (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
- (3) 症状に応じて要医療 ークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの

- 4 ペースメーカー (有 (年 月 日) ・ 無)
- 人工弁移植、弁置換 (有 (年 月 日) ・ 無)
- 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

5 その他の手術の状況

ア 手術の種類 ()

イ 手術年月日 (年 月 日 実施済 ・ 予定)