

## 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 (再認定の時期)		要・不要 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		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する ( 級相当)</li> <li>・該当しない</li> </ul>		
<p>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、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、縫内障、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。</p> <p>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。</p>		

## 心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満・児童用）

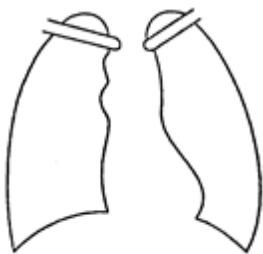
(該当するものを○で囲むこと。)

### 1 臨床所見

- |             |       |
|-------------|-------|
| ア 著しい発育障害   | (有・無) |
| イ 心音・心雜音の異常 | (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 )



- |             |       |
|-------------|-------|
| 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<br>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 )