

身体障害者診断書・意見書（心臓機能（18歳以上）障害用）

総括表

氏名	年 月 日生（ 歳）	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		
〔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。		
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、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、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。		
2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。		
3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。		
4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。		

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- | | |
|---------------|--------------|
| ア 動悸 (有・無) | キ 浮腫 (有・無) |
| イ 息切れ (有・無) | ク 心拍数 /分 |
| ウ 呼吸困難 (有・無) | ケ 脈拍数 /分 |
| エ 胸痛 (有・無) | コ 血圧 (最大、最小) |
| オ 血痰 (有・無) | サ 心音 |
| カ チアノーゼ (有・無) | シ その他の臨床所見 |

ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比 %

3 心電図所見 (年 月 日)

- | | |
|--|-----------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・無) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室>・無) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房>・無) |
| エ 脚ブロック | (有・無) |
| オ 完全房室ブロック | (有・無) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・無) |
| キ 心房細動 (粗動) | (有・無) |
| ク 期外収縮 | (有・無) |
| ケ S T の低下 | (有 mV・無) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導 (ただしV ₁ を除く。) のいずれかのTの逆転 | (有・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるS Tの0.1mV以上の低下 | (有・無) |
| シ その他の心電図所見 | |

