身体障害者診断書・意見書（心臓機能（１８歳未満）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　　　　　　　　　　　　　　交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、  疾病・外傷名　　　　　　　　　　　　　　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、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。 | | | | |

1/2

申請者氏名

医師氏名

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

|  |
| --- |
| （該当するものを〇で囲むこと。）  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　腫腫　大　　（有・無）  ウ　多呼吸又は呼吸困難（有・無）　　　　キ　浮　　　腫腫　　（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　肺静脈鬱血像　　　　　　（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　冠動脈の狭窄窄又は閉塞塞　　　　　　 （有・無）  イ　冠動脈瘤瘤又は拡張　　　　　　　　 （有・無）  ウ　その他  ３　養護の区分  (１)　６か月～１年ごとの観察  (２)　１か月～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  ４　ペースメーカ（有・無）　　　　　　装着年月日（　　　　年　月　日）  　　人工弁移植、弁置換（有・無）　　　移植・置換年月日（　　　　年　月　日） |

2/2