

第2号様式（第4条関係）

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となつた 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 ・ 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）		
<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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しない。		
注		
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、原因となつた疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となつた疾患名を記入すること。		
2 障害区分や等級決定のため、山梨県社会福祉審議会から次ページ以降の部分について問い合わせる場合がある。		

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○で囲むこと。)

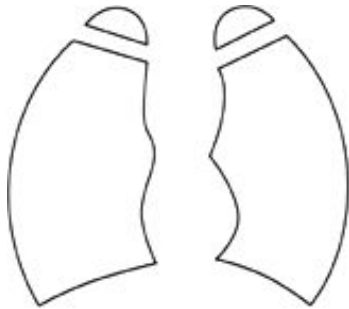
1 臨床所見

- |                  |              |
|------------------|--------------|
| 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X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 肺静脈うっ血像   | (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 病的な不整脈 | [有(種類 )・無]      |
| エ 心筋障害像  | [有(所見 )・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、アダムスストークス発作 |
| (3) 症状に応じて要医療   | 又は狭心症発作で継続的医療を要するもの         |