

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 (印) |
| 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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄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)

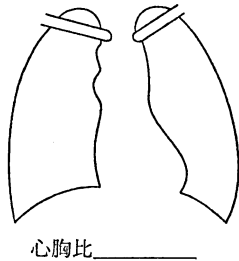
(該当するものを○で囲むこと。)

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)



- 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、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの
- (3) 症状に応じて要医療

- 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)