

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害 18歳未満用）

総括表

氏名	年 月 日生	男女
住所		
障害名（部位を明記）		
原因となった 疾病・外傷名	外傷・疾病 先天性・その他（            ）	
疾病・外傷発生年月日	年 月 日	
参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）		
		障害固定又は障害確定（推定）            年 月 日
総合所見（再認定の項目も記入）		
〔将来再認定 要（軽度化・重度化） ・ 不要〕 〔再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後〕		
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	電話	（            ）
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。 ・ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見  級相当	

注 障害区分や等級決定のため、八王子市から改めて問い合わせる場合があります。

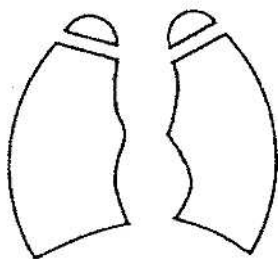
（該当するものを で囲むこと。）

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) 胸部エックス線所見（ 年 月 日 ）



心胸比

- |             |       |
|-------------|-------|
| 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） |

(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 | 〔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か月から1年ごとの観察  | (4) 継続的要医療                                      |
| (2) 1か月から3か月ごとの観察 | (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     |   |

（注） 養護の区分と等級の関係は次のとおりに作られているものである。

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| (1) . . . . . 非該当      | (4) . . . . . 3級相当 |
| (2)、(3) . . . . . 4級相当 | (5) . . . . . 1級相当 |

- 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 )  
体内植え込み型除細動器 (有 年 月 日 ・ 無 )

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 )