

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。

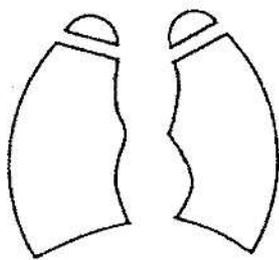
（該当するものを で囲むこと。）

1 臨床所見

- ア 著しい発育障害 (有・無)
- 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)



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
- (2) 1か月から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

(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
- (2)、(3) ・ ・ ・ 4級相当
- (4) ・ ・ ・ ・ ・ 3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)