

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	生年月日	年	月	日生
住所				
障害名(部位を明記)				
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 ()			
疾病・外傷発生日	年	月	日	場所
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				
総合所見				
〔将来再認定 要・不要〕 〔再認定の時期 年 月〕				
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、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、松本市社会福祉審議会から改めて次頁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）

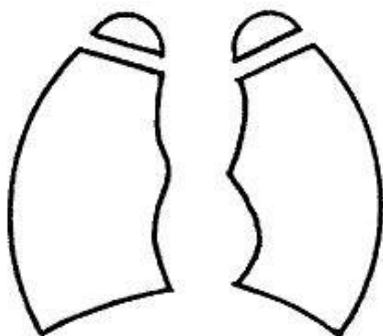
（該当するものを で囲むこと。）

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)



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～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