

5 診断書様式（第4号様式）

身体障害者診断書・意見書

総括表

（ 心臓機能障害 18歳以上用 ）

氏 名	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生（ ）歳 令和	男 ・ 女
住 所		
① 障害名 心 臓 機 能 障 害		
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みます。）		
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（軽減化・重度化）・ 不要 】（再認定時期 年 月）		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 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		
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、心室中隔欠損症、心筋梗塞等 ^{こうそく} 原因となった基礎疾患名 を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。		

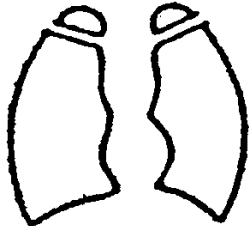
心臓の機能障害の状況及び所見（１８歳以上用）

1 臨床所見（該当するものを○で囲んでください。）

- ア 動悸（有・無） キ 浮腫（有・無）
 イ 息切れ（有・無） ク 心拍数
 ウ 呼吸困難（有・無） ケ 脈拍数
 エ 胸痛（有・無） コ 血圧（最大、最小）
 オ 血痰（有・無） サ 心音
 カ チアノーゼ（有・無） シ その他の臨床所見

ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部エックス線写真所見（ 年 月 日）



心胸比 %

3 心電図所見（ 年 月 日）

- ア 陳旧性心筋梗塞（有・無）
 イ 心室負荷像（有<右室、左室、両室>・無）
 ウ 心房負荷像（有<右房、左房、両房>・無）
 エ 脚ブロック（有・無）
 オ 完全房室ブロック（有・無）
 カ 不完全房室ブロック（有<第 度>・無）
 キ 心房細動（粗動）（有・無）
 ク 期外収縮（有・無）
 ケ ST の低下（有< mV>・無）
 コ 第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただし、V₁を除く）のいずれかのTの逆転（有・無）
 サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下（有・無）
 シ その他の心電図所見

ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見（発作年月日記入）

4 活動能力の程度

- ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こらないもの
 イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの
 ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの
 エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰返し必要としているもの
 オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの

5 手術等の状況

- 人工弁移植、弁置換（有・無）（手術日 年 月 日）
 ペースメーカ（有・無）（手術日 年 月 日）→6、7に記載してください。
 体内植え込み型除細動器（有・無）（手術日 年 月 日）→6、7に記載してください。
 ◎体内植え込み型除細動器の植え込み以降に作動した履歴（有・無）（作動日 年 月 日）

（6と7については、ペースメーカーや体内植え込み型除細動器の植え込みを行っている場合のみ記載してください。）

6 ペースメーカーや体内植え込み型除細動器の適応度

「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（2010年度合同研究班報告）におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、あてはまるものに○をしてください。

（ クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ ）

○「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」のエビデンスと推奨度のグレード

- （1）クラスⅠ：有益であるという根拠があり、適応であることが一般に同意されている
- （2）クラスⅡa：有益であるという意見が多いもの
- （3）クラスⅡb：有益であるという意見が少ないもの
- （4）クラスⅢ：有益でないまたは有害であり、適応でないことで意見が一致している

7 身体活動能力（運動強度） （ ）メッツ

※メッツ値について、症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は、症状がより重度の状態（メッツ値が一番低い値）を記載してください。

- ペースメーカー等（※）を植え込みされた方については、植込みから3年後に再認定を行うこととなっています。

再認定の際の障害等級は原則として次の基準により判定します。

※体内植え込み型除細動器（ICD、CRT-D）なども同様の扱いとなります。

等級	身体活動能力（運動強度：メッツ）
1級	2メッツ未満
3級	2メッツ以上、4メッツ未満
4級	4メッツ以上

- メッツ：METs（Metabolic Equivalents）
運動時の酸素消費量が、安静時の何倍に相当するかを示す運動強度の単位
- 詳しい内容は「身体障害者診断書作成の手引き」をご覧ください。

<身体障害者診断書作成の手引き>

神奈川県ホームページ URL：<http://www.pref.kanagawa.jp>

→上のメニューの左から2番目「健康・福祉・子育て」

→「福祉」の中の「障害福祉」

→「身体障害者福祉法第15条指定医の指定及び身体障害者診断書作成の手引きについて」

→スクロールして「15条指定医の皆様へ」

→身体障害者診断書作成の手引き