

(第5号様式)

身体障害者診断書・意見書

総括表

(心臓機能障害 18歳未満用)

氏 名	平成・令和 年 月 日生 () 歳	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、 自然災害 戦災、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、心室中隔欠損症等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。		

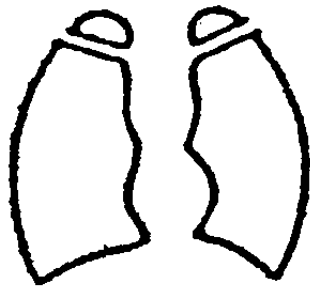
（該当するものを○で囲んでください。）

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）胸部エックス線写真所見（ 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 肺静脈うっ血像 | （有・無） |

心胸比 %

（2）心電図所見（ 年 月 日）

- | | |
|----------|-------------------|
| 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箇月～1年ごとの観察
- （2） 1箇月～3箇月ごとの観察
- （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

4

- | | | |
|-------------|-------|-------------|
| 人工弁移植、弁置換 | （有・無） | （手術日 年 月 日） |
| ペースメーカー | （有・無） | （手術日 年 月 日） |
| 体内植え込み型除細動器 | （有・無） | （手術日 年 月 日） |