様式第１号（６）（第２条関係）

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害児童用）

総括表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　年　　　月　　　日生 | 男・女 |
| 住　所 |
| ①　障害名（部位を明記） |
| 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む。）障害固定又は障害確定（推定）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ⑤　総合所見軽度化による将来再認定　　　　　要　・　不要（再認定の時期　　　　　　　　年　　　月後） |
| ⑥　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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ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・児童用）

|  |
| --- |
| （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） |
|  | ア　心胸比0.56以上　　（有・無）イ　肺血流量増又は減　（有・無）ウ　肺静脈うつ血像　　（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～１年毎の観察　　(４)　継続的要医療　(２)　１か月～３か月毎の観察　(５)　重い心不全、低酸素血症、アダムススト　(３)　症状に応じて要医療　　　　　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　ペースメーカ　　　　　　（有　（　　　年　　　月　　　日）　・　無）人工弁移植、弁置換　　　（有　（　　　年　　　月　　　日）　・　無）体内植込み型除細動器　　（有　（　　　年　　　月　　　日）　・　無）（注）「有」の場合、手術年月日を記載すること。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　） |