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　） |