

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害用） 18歳未満

総括表

氏名	年 月 日生（ ）歳	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		
〔将来再認定 要・不要〕 (再認定の時期 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 担当診療科名 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		
1 障害名には、現在起っている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、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 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。		
3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。		
4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状態及び所見（18歳未満用）

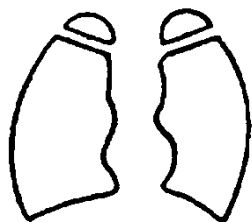
（該当するものを○で囲むこと。）

1 臨床所見（ 年 月 日）

- 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 多呼吸又は呼吸不全（有・無） ケ 浮 腫 （有・無）
エ 運 動 制 限（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（ 年 月 日）

- (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

※養護の区分と等級の関係は次のように作られている。

- (1)：非該当 (2)・(3)：4級相当 (4)：3級相当
(5)：1級相当

4	ペースメーカー	(有・無)	(	年	月	日施行)
	人工弁移植・弁置換	(有(弁)・無)	(	年	月	日施行)
	体内植込み型除細動機	(有・無)	(	年	月	日施行)
	心臓移植	(有・無)	(	年	月	日施行)