



様式第3号

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害・18歳未満用）

氏名	大正・昭和 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、戦災、疾病 先天性、震災、震災以外の天災、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生年月日	平成 令和	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（障害の程度を詳細に記入。）			
〔将来再認定 要（軽症化・重症化） ・ 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			
診療担当科名 科 医師氏名			
(自筆による署名又は記名押印)			
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			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、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 障害区分や等級決定のため、兵庫県社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。			
3 記入に際しては、消すことができる筆記用具（消せるボールペン等）は使用しないでください。			
4 電子媒体での受付はしていません。診断書・意見書及び添付する検査データ等は紙媒体で作成してください。			

## 心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満用)

(該当するものを○でかこむこと)

### 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) 胸部エックス線所見 (      年   月   日)



心胸比

- |             |         |
|-------------|---------|
| 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) |

(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か月～1年毎の観察 (非該当)   | (4) 継続的要医療 (3級相当)    |
| (2) 1か月～3か月毎の観察 (4級相当) | (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムス |
| (3) 症状に応じて要医療 (4級相当)   | 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 (1級相当)     |

- |             |         |      |   |   |    |
|-------------|---------|------|---|---|----|
| 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) |
| 植込み型除細動器    | (有 ・ 無) | (手術日 | 年 | 月 | 日) |