

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害用）

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	男・女
住所 札幌市 区		
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、 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） 平成 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 診 療 担 当 科 名 科 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		
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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 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。 3 診断書・意見書の記載欄は全てご記入ください。なお、記載漏れなどの書類上の不備や不整合な点がある場合には、区役所等から問い合わせる場合があります。また、必要に応じて、関係する検査データを提出していただく場合もあります。 4 障害区分や等級決定のため、札幌市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問い合わせる場合があります。 5 四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害が認められる中枢性平衡失調については、肢体不自由の四肢体幹機能障害ではなく平衡機能障害による認定になりますので、平衡機能障害用の診断書・意見書をご使用ください。 また、平衡機能障害と肢体不自由との重複認定はできません。		

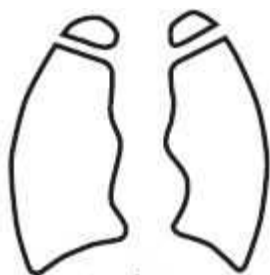
心臓の機能障害の状況及び所見 (18 歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○でかこむこと)

- | | |
|---------------|----------------|
| ア 動悸 (有・無) | キ 浮腫 (有・無) |
| イ 息切れ (有・無) | ク 心拍数 () |
| ウ 呼吸困難 (有・無) | ケ 脈拍数 () |
| エ 胸痛 (有・無) | コ 血圧 (最大 、最少) |
| オ 血痰 (有・無) | サ 心音 () |
| カ チアノーゼ (有・無) | シ その他の臨床所見 () |
- ス 重い不整脈発作のある場合は、発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比 (%)

3 心電図所見 (年 月 日)

- | | |
|---|---------------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・無) |
| イ 心室負荷像 | [有 (右室、左室、両室) ・無] |
| ウ 心房負荷像 | [有 (右房、左房、両房) ・無] |
| エ 脚ブロック | (有・無) |
| オ 完全房室ブロック | (有・無) |
| カ 不完全房室ブロック | (有 第 度・無) |
| キ 心房細動 (粗動) | (有・無) |
| ク 期外収縮 | (有・無) |
| ケ S T の低下 | (有 mV ・無) |
| コ 第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導 (但し V ₁ を除く) のいずれかの T の逆転 | (有・無) |
| サ 運動負荷心電図における S T の 0.1mV 以上の低下 | (有・無) |
| シ その他の心電図所見 | |

ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見 (発作年月日記載)

セ その他の検査所見 (心エコー、血管造影など)

4 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの、又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの。

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 手術の状況

ペースメーカー（恒久的）（有 年 月 日 ・ 無）

ペースメーカーの適応度（クラス I ・ クラス II ・ クラス III）

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）

体内植込み型除細動器の適応度（クラス I ・ クラス II ・ クラス III）

6 身体活動能力（運動強度）（メッツ）