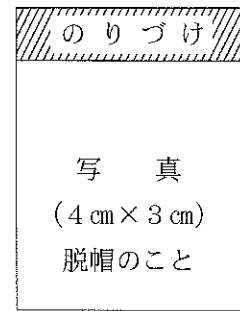


(再交付の場合を除く)



写真の裏面に氏名, 生年月日を記入すること。
写真の糊付けは斜線部分のみとする。

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害の18歳以上用)

氏名	年 月 日生	男 女
住所 銚田市		
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)		年 月 日
⑤ 総合所見 (再認定の項目も記入)		
〔将来再認定 要 (軽度化・重度化)・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕		
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 (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 障害名の欄には, 心臓機能障害等現在起こっている障害を記入し, 原因となった疾病・外傷名の欄には, 僧帽弁膜狭窄等障害の原因となった疾病等を記入するとともに, 該当する事項を○で囲んでください (「その他」を囲んだ場合は () 内に具体的に記入してください。) 2 障害区分や等級決定のため, 銚田市から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

心臓機能障害の状況及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見

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

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) | (有・無) |
| イ 心室負荷像 (有〈右室, 左室, 両室〉・無) | (有〈右室, 左室, 両室〉・無) |
| ウ 心房負荷像 (有〈右房, 左房, 両房〉・無) | (有〈右房, 左房, 両房〉・無) |
| エ 脚ブロック (有・無) | (有・無) |
| オ 完全房室ブロック (有・無) | (有・無) |
| カ 不完全房室ブロック (有第 度・無) | (有第 度・無) |
| キ 心房細動 (粗動) (有・無) | (有・無) |
| ク 期外収縮 (有・無) | (有・無) |
| ケ S T の低下 (有 mV・無) | (有 mV・無) |
| コ 第I誘導, 第II誘導及び胸部誘導 (ただし, V ₁ を除く。)のいずれかのTの逆転 (有・無) | (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) | (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 (発生年月日記載) | |

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起こらないもの。
- 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り返し、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起こるもの。
- 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起こるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返し必要としているもの。
- オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの。

- 5 ペースメーカー (有 ・ 無) (手術日 年 月 日)
人工弁移植, 弁置換 (有 ・ 無) (手術日 年 月 日)
植込み型除細動器 (有 ・ 無) (手術日 年 月 日)

- 6 ペースメーカーの適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

