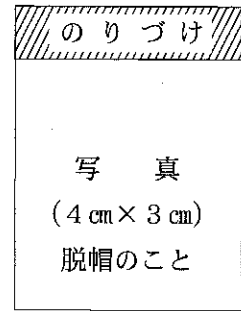


(再交付の場合を除く)



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歳未満用)

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 〕		
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歳未満用)

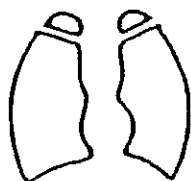
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見

- | | | | |
|-------------|---------|---------|---------|
| ア 著しい発達障害 | (有 ・ 無) | | |
| イ 心音・心雑音の異常 | (有 ・ 無) | オ チアノーゼ | (有 ・ 無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (有 ・ 無) | カ 肝腫大 | (有 ・ 無) |
| エ 運動制限 | (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)



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〈右室, 左室, 両室〉・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か月から1年ごとの観察
- (2) 1か月から3か月ごとの観察
- (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・トーク発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの