

## 身体障害者診断書・意見書

総括表

（障害用）

氏名	年 月 日生	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。併せて次の意見を付す。 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		
身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)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） 障がいの程度は、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、原因となった疾患には緑内障、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 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（別紙）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、北海道社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

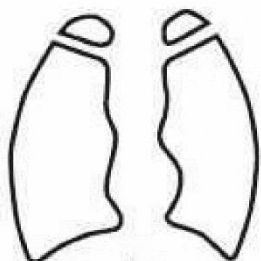
心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満用)

1 臨床所見

- |               |       |           |       |
|---------------|-------|-----------|-------|
| (1) 著しい発育障害   | (有・無) | (5) チアノーゼ | (有・無) |
| (2) 心音・心雑音の異常 | (有・無) | (6) 肝腫大   | (有・無) |
| (3) 多呼吸又は呼吸困難 | (有・無) | (7) 浮腫    | (有・無) |
| (4) 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

- |   |        |  |
|---|--------|--|
| 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 | 冠動脈瘤または拡張  | (有・無) |
| ウ | その他        |       |

3 養護の区分

- |                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| (1) 6か月～1年ごとの観察  | (5) 重い心不全、低酸素血症 アダムスストークス |
| (2) 1か月～3か月ごとの観察 | 発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの     |
| (3) 症状に応じて要医療    |                           |
| (4) 継続的要医療       |                           |

4 手術の状況

- |            |  |
|------------|--|
| ペースメーカー    | (有            年            月            日            ・ 無 ) |
| 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 ) |
| その他の手術の状況  | (有            年            月            日            ・ 無 ) |