

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

(第9条関係)

氏名	生年月日	年 月 日 ( )歳	性別	男・女																								
住所	TEL																											
①障害名(部位を明記)																												
<small>障害名には以下の( )内の具体的な障害名(部位を明記)を記載してください。                  例)視覚障害(両眼失明・視野狭窄・視野欠損等)、聴覚障害(両耳全ろう・語音明瞭度著障等)、平衡機能障害(中枢性平衡失調等)、音声機能障害(喉頭摘出・発声筋麻痺等)、言語機能障害(ろうあ・聴あ等)、上肢機能障害(右肩関節機能全廃・左手指欠損等)、下肢機能障害(右足部欠損・左膝関節著障等)、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害(上肢・移動)、内部障害(心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等)を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」</small>																												
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( )																										
<small>注意2 疾病・外傷名には、視覚障害(緑内障等)、聴覚・平衡機能障害(先天性難聴・メニエール病等)、音声・言語・そしゃく機能障害(咽頭腫瘍・脳血管疾患等)、肢体不自由(脳血管疾患・脳性麻痺・関節リウマチ等)、内部障害(心室中隔欠損・慢性腎炎・肺炎腫・膀胱腫瘍・直腸腫瘍・特発性仮性腸閉塞症等)の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」</small>																												
③疾病・外傷発生日	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(軽度化・重度化)(再認定の時期 年 月 日)・不要】																												
⑥その他参考となる合併症状																												
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載すること] 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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="4">内訳(肢体・脳原性要記載)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> <th>両</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上肢</td> <td>級</td> <td>級</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>級</td> <td>級</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> <td>脳原 上肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>脳原 移動</td> <td>級</td> </tr> </tbody> </table>			内訳(肢体・脳原性要記載)					右	左	両	上肢	級	級	級	下肢	級	級	級	体幹	級	脳原 上肢	級			脳原 移動	級
内訳(肢体・脳原性要記載)																												
	右	左	両																									
上肢	級	級	級																									
下肢	級	級	級																									
体幹	級	脳原 上肢	級																									
		脳原 移動	級																									
上記のとおり診断する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 診療担当科名 _____ 科 医師氏名 _____																												
<small>注意 3. 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」(第6号様式(15))を添付してください。                  4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等についてお問い合わせする場合があります。</small>																												



心臓の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)

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・最小)

オ. 血痰 (有・無)

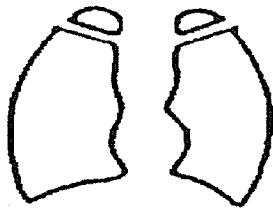
サ. 心音

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、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部X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. STの低下 (有 mV ・ 無)

コ. 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただしV1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STの0.1mV以上の低下 (有・無) (実施年月日 年 月 日・未実施)

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)

#### 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り返す、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、救急医療を繰り返す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り返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 人工ペースメーカ 【有（ 年 月 日）・無】

人工弁移植、弁置換 【有（ 年 月 日）・無】

6 ペースメーカの適応度 （クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ）

注) 「不整脈の非薬物治療ガイドライン」におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をしてください。

7 身体活動能力(運動強度) (メッツ) (年 月 日)

注) 身体活動能力(運動強度)については、症状が変動する場合は、症状がより重度の状態を記載してください。