

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					
① 障害名	心臓機能障害				
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心エコー、心臓カテーテル検査所見を含む。）					
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（1年後・2年後・3年後・4年後・5年後・その他 年後） ・ 不要 〕					
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 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 原因となった疾病には心室中隔欠損、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 次ページ以降は、「18歳以上用」と「18歳未満用」に分かれているので、該当するページのみ記入してください。					
3 障害区分や等級決定のため、奈良市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分につき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歳以上用）

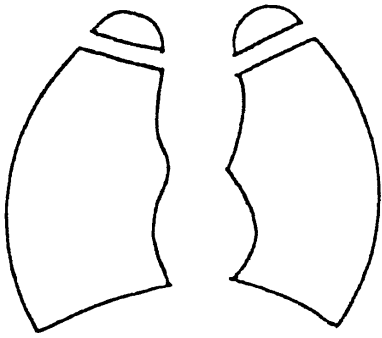
1 臨床所見 (該当するものを○で囲むこと。)

ア 動悸	(有・無)	カ チアノーゼ	(有・無)	コ 血圧	} 最大 最小
イ 息切れ	(有・無)	キ 浮腫	(有・無)		
ウ 呼吸困難	(有・無)	ク 心拍数	_____	サ 心音	_____
エ 胸痛	(有・無)	ケ 脈拍数	_____		
オ 血痰	(有・無)	(脈拍数の欠損	_____)		

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 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ST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)	

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

体内植込(埋込)型除細動器	【有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日手術施行) ・ 無】
人工弁移植、弁置換	【有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日手術施行) ・ 無】

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】

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

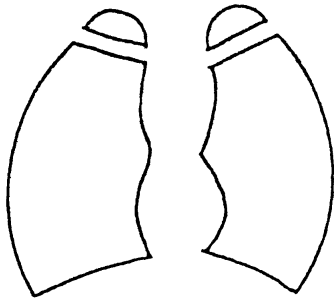
1 臨床所見

（該当するものを○で囲むこと。）

- | | | | | | |
|---|-----------|-------|---|-------|-------|
| ア | 著しい発育障害 | （有・無） | オ | チアノーゼ | （有・無） |
| イ | 心音・心雑音の異常 | （有・無） | カ | 肝腫大 | （有・無） |
| ウ | 多呼吸又は呼吸困難 | （有・無） | キ | 浮腫 | （有・無） |
| エ | 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 | 肺静脈うつ血像 | （有・無） |

心胸比 _____ %

（2）心電図所見（ 年 月 日）

- | | | |
|---|--------|-----------------|
| ア | 心室負荷像 | （有<右室、左室、両室>・無） |
| イ | 心房負荷像 | （有<右房、左房、両房>・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箇月～1年毎の観察
- （2）1箇月～3箇月毎の観察
- （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、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの