様式第３号（第６条関係）

身体障害者診断書・意見書（　　　　　　障害用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日 | 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　１年後　・　３年後　・　５年後　］ | | | | | | |
| ⑥　その他参考となる合併症状 | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。  　　　　　　　　　　　　　　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　　１５条指定医師氏名 | | | | | | |
| 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、原因となった疾病には、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　障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会等から改め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歳以上用）

|  |
| --- |
| 概ね３ヶ月以内の検査データを記載して下さい。　　（該当するものを○でかこむこと）  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　胸部エックス線所見（　　　　　年　　　月　　　日）  02  　　　　　　　　　　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（但し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）  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　心エコー図，冠動脈造影（　　　　年　　　月　　　日）＊所見がある場合記載のこと  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| ５　活動能力の程度（活動能力と等級の関係：ア：非該当　イ・ウ：４級　エ：３級　オ：１級）  ＊活動能力の程度とこれを裏付ける客観的所見から障害程度を認定する。  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返し、日常  生活若しくは社会生活に妨げるとなるもの。  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，救急医療を繰返し必要  としているもの。  オ）安静時若しくは自己身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  又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 【早見表】 | | | | | | 活  動  能  力  の  程  度 | 家庭内での普通の日常生活活動・  社会での極めて温和な日常生活活動 | 支  障  な  し | それ以上の活動でも、心不全症状・狭心症  症状がおこらないもの。 | **⇒ ア** |  | | それ以上の活動は著しく制限されるか、  頻回に頻脈発作を繰り返すもの。 | **⇒ イ** | | それ以上の活動では、心不全症状・狭心症  症状がおこるもの。 | **⇒ ウ** | | 家庭内での極めて温和な  日常生活活動 | 支障なし。  それ以上の活動では心不全症状・狭心症症状が　おこるもの。又は頻回に頻脈発作をおこし、救急医療を繰り返し必要としているもの。 | | **⇒ エ** | | 安静時・自己身辺の日常生活活動 | 支障あり。  これらの活動でも心不全症状・狭心症症状や　　繰り返してｱﾀﾞﾑｽｽﾄｰｸｽ発作がおこるもの。 | | **⇒ オ** |   ６　ペースメーカ　　　　　　　（有・無）： 　　　　年　　月　　日施術・予定  人工弁移植，弁置換 (有・無）： 　　　　年　　月　　日施術・予定  ＊手術予定で申請を行う際は、術前の心機能のレベルで障害認定を行う。  　７　ペースメーカの適応度（　クラスⅠ　・　クラスⅡ　・　クラスⅢ　）  ８　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）

|  |
| --- |
| 概ね３ヶ月以内の検査データを記載して下さい。　　　（該当するものを○でかこむこと）  １　臨床所見  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）  02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（　　　　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（養護の区分と等級の関係：(1)：非該当　(2)･(3)：４級　(4)：３級　(5)：１級）  ＊養護の区分とこれを裏付ける客観的所見から障害程度を認定する。  (1)　６か月～１年毎の観察 　　(4)　継続的要医療  (2)　１か月～３か月毎の観察 　　(5)　重い心不全，低酸素血症，アダムスストー  (3)　症状に応じて要医療 　　クス発作又は狭心症発作で継続的医療を要  するもの |