

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

氏 名		年 月 日生		男・女																									
住 所																													
1. 障害名		心臓機能障害		<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		5	0	0																					
5	0	0																											
2. 原因となった 疾病・外傷名		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td>10</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td colspan="5">交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災</td> </tr> <tr> <td colspan="5">自然災害、疾病、先天性、その他()</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td></td> </tr> </table>		10	20	30	40	50	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()					60	70	80	90	
10	20	30	40	50																									
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()																													
60	70	80	90																										
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 (重度化・その他) 不要 再認定年月 年 月 }																													
6. その他の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 勤務先 (所在地・名称・電話番号) 身体障害者福祉法 診療担当科名 科 第 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、脳血管障害、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、門真市から改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

(該当するものを○でかこむこと。)

1. 臨 床 所 見

- ア 動 悸 (有 ・ 無) サ 心 音
イ 息 切 れ (有 ・ 無) シ その他の臨床症状
ウ 呼吸困難 (有 ・ 無)
エ 胸 痛 (有 ・ 無)
オ 血 痰 (有 ・ 無) ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時
カ チアノーゼ (有 ・ 無) の臨床症状、頻度、持続時間等
キ 浮 腫 (有 ・ 無)
ク 心 拍 数
ケ 脈 拍 数
コ 血 圧 (最大)
(最小)

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 S T の 低 下 (有 mV・ 無)

コ 第1誘導、第2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(著明な所見がある場合は心電図の写しを添付)

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)

セ その他検査結果

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. ペースメーカー (有 ・ 無) (手術年月日
年 月 日)
人工弁移植、弁置換 (有 ・ 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)
《メッツを裏付ける具体的な現症》