

総括表

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害 18歳未満用）

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					
外傷・疾病 先天性・その他（ ）					
③ 疾病・外傷発生年月日					
年 月 日					
④ 参考となる経過・現症（画像診断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（再認定の項目も記入）					
[将来再認定 要（軽度化・重度化）・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。併せて以下の意見を付す。					
年 月 日					
病院又は診療所の名称					
電話 （ ）					
所 在 地					
診 療 担 当 科 名					
科 医師氏名 印					
身体障害者福祉法第15条第3項の意見					
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			障害程度等級についての参考意見		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する。 ・ 該当しない。 			級相当		

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

第8号様式（第3条関係）

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

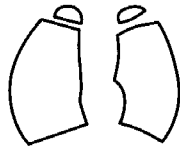
（該当するものを○で囲むこと。）

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)



心胸比

- | | |
|-------------|-------|
| 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) |

(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箇月から1年ごとの観察 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1箇月から3箇月ごとの観察 | (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 | |

(注) 養護の区分と等級の関係は次のとおりに作られているものである。

- | | |
|------------------------|--------------------|
| (1) 非該当 | (4) 3級相当 |
| (2)、(3) 4級相当 | (5) 1級相当 |

4 人工ペースメーカー (有 年 月 日・無)
人工弁移植、弁置換 (有 年 月 日・無)
体内埋め込み型除細動器 (有 年 月 日・無)

5 その他の手術の状況

ア 手術の種類 ()
イ 手術年月日 (年 月 日 実施済 ・ 予定)