

氏 名	年      月      日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)      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 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 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) 令和      年      月      日		
⑤ 総合所見		
〔将来再認定〕		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和      年      月		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要		
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。 令和      年      月      日 診療担当科名      科      15条指定医師氏名      印 病院又は診療所の名称 所      在      地      〒 電      話      番      号		
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、_____級相当に_____（身体障害者福祉法別表に掲げる障害に）該当する。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。		

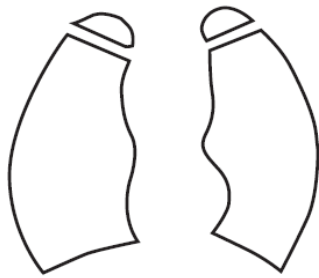
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 ( 年 月 日)

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 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 ( 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

- 6か月～1年ごとの観察(非該当)
- 1か月～3か月ごとの観察(4級相当)
- 症状に応じて要医療(4級相当)
- 継続的要医療(3級相当)
- 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治療を要するもの(1級相当)