



身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害・18歳以上用）

|  |                      |   |   |         |     |
|--|----------------------|---|---|---------|-----|
| 氏名   | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日生<br>才 | 男・女 |
| 住所   | 西宮市                  |   |   |         |     |
| ① 障害名（部位を明記）   |                      |   |   |         |     |
| 心臓機能障害   |                      |   |   |         |     |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名   |                      |   |   |         |     |
| 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、疾病、<br>先天性、震災、その他天災、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(軽減化・重度化) ・ 不要 ]<br>[再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後]   |                      |   |   |         |     |
| ※ペースメーカ等植え込み者以外でも再認定が要の場合は、軽減化か重度化、および再認定の時期について記入をお願いします。   |                      |   |   |         |     |
| ペースメーカ等の植え込み者（先天性疾患により植え込みしたものを除く）については、植え込み後に日常生活活動の制限の程度が改善する可能性があることから、植え込み後3年以内に再認定を行うことを原則とします。再認定の時期を記入してください。先天性疾患の定義＝18歳未満で心疾患を発症したもの。（平成26年4月1日より認定基準が変更）   |                      |   |   |         |     |
| 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<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>診療担当科名 科 医師氏名 印<br>（自筆による署名又は記名押印）<br>※身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師   |                      |   |   |         |     |
| 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）<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する ( 級)<br>・該当しない   |                      |   |   |         |     |
| (注意) 1 「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、「②原因となった疾病・外傷名」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。<br>2 障害区分や等級決定のため、西宮市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。<br>3 記入に際しては、消すことのできる筆記用具（消せるボールペン等）は使用しないでください。 |                      |   |   |         |     |

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳以上用）

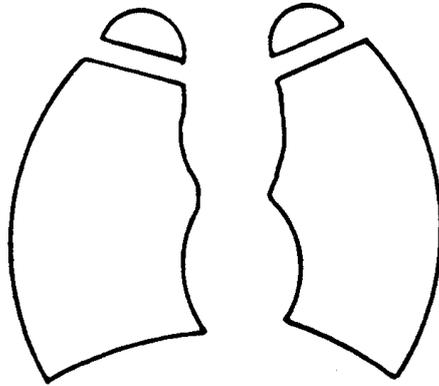
氏名

（該当するものを○で囲むこと。）

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）



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 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、救急医療を繰返し必要としているもの

オ 安静時若しくは自己周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 恒久的人工ペースメーカー [有:手術日 年 月 日・無]

人工弁移植、弁置換 [有:手術日 年 月 日・無]

植込み型除細動器 [有:手術日 年 月 日・無]

その他( ) [有:手術日 年 月 日・無]

6 ペースメーカー等の適応度 ※1 (クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)

7 身体活動能力(運動強度) ※2 (メッツ)

※1 「不整脈の非薬物治療ガイドライン(2011年改訂版)」(2010年合同研究班報告)におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をしてください。

※2 メッツ値について、症状が変動(重くなったり軽くなったり)する場合は、症状がより重度の状態(メッツ値が一番低い値)を記載してください。