

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(部位を明記) 心臓機能障害				5	0
2. 原因となった 疾病・外傷名		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「要」のときは、重度化・その他 のいずれかに○ ※ 再認定理由が「その他」のときは、総合所見に理由を記載 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) 診療担当科名 科 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、豊中市社会福祉審議会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、その発作時の
カ チアノーゼ	(有 ・ 無)	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 ヅ ク	(有 ・ 無)
オ 完 全 房 室 ブ ロ ヅ ク	(有 ・ 無)
カ 不 完 全 房 室 ブ ロ ヅ 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

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. 人工ペースメーカー [有 (年 月 日施行) ・ 無]

植え込み型除細動器 [有 (年 月 日施行) ・ 無]

人工弁移植、弁置換 [有 (年 月 日施行) ・ 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]

*クラスについて

「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

クラスⅠ : 有益であるという根拠があり、適応であることが一般に同意されている

クラスⅡa : 有益であるという意見が多いもの

クラスⅡb : 有益であるという意見が少ないもの

クラスⅢ : 有益でないまたは有害であり、適応でないことで意見が一致している

7. 身体活動能力（運動強度） [メッツ]

*メッツ：Metsについて

metabolic equivalents（代謝当量）の略。安静坐位の酸素摂取量（3.5ml/kg 体重/分）を1Metsとして活動時の摂取量が何倍かを示し、活動強度の指標として用いる。

メッツ測定の参考 身体活動能力質問票（Specific Activity Scale）※

※出展：Sasayama S, Asanoi H, Ishizaki S, Miyagi K, Evaluation of functional capacity of patients with congestive heart failure. In:Yasuda H, Kawaguchi H(eds.), New aspects in the treatment of failing heart syndrome. Springer-Verlag, Tokyo.1992. pp113-117.

身体障害者診断書・意見書

〔 心臓機能
(18歳未満) 障害用 〕

（児）

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				5	0																				
2. 原因となった 疾病・外傷名		<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「要」のときは、重度化・その他 のいずれかにも○ ※ 再認定理由が「その他」のときは、総合所見に理由を記載 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) 診療担当科名 科 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、豊中市社会福祉審議会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 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 肝種大 | (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)



- ア 心胸比 0.56 以上 (有 ・ 無)
- イ 肺血流量の増 (有 ・ 無)
- ウ 肺血流量の減 (有 ・ 無)
- エ 肺静脈うっ血像 (有 ・ 無)

心胸比 _____

(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、冠静脈造影所見 (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 か月～1 年毎の観察 | (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムストークス |
| (2) 1 か月～3 か月毎の観察 | 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 | |
| (4) 継続的要医療 | |

4. 手術

- ペースメーカー (有 ・ 無)
- 人工弁移植、弁置換 (有 ・ 無)

(手術年月日)
(年 月 日)