

身体障害者診断書・意見書（ 心臓機能 障害用）

総括表

氏 名	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生（ ）歳	男・女
住 所 川崎市			
①障害名（部位を明記）			
②原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、 自然災害、戦災、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・不要】（再認定の時期 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。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 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、現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、右上下肢機能障害、等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、脳卒中等原因となった疾患名を記入してください。 2 等級は、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会の審査により決定されます。 3 障害区分や等級決定のため、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。 4 医師氏名、訂正箇所は自署（フルネーム）又は押印をお願いいたします。			

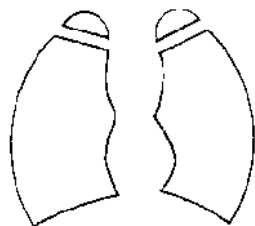
心臓の機能障害の状況及び所見（18 歳以上用）

1 臨床所見

（該当するものを○で囲んでください。）

- 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 ST の低下（有〈 mV〉・無）
 コ 第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただし、V₁を除く）の（有・無）
 いずれかの T の逆転
 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・無） 【手術日 年 月 日】
 体内植え込み型（埋込）型除細動器（有・無） 【手術日 年 月 日】
 ※体内植え込み型（埋込）型除細動器の作動（有・無） 【作動日 年 月 日】
 人工弁移植、弁置換（有・無） 【手術日 年 月 日】

- 6 ペースメーカー等の適応度（ 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 ）

