

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害<18歳以上>用）

氏名	明治・大正・昭和 平成・令和	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所			
① 障害名（部位も明記）			
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 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（障害程度の変化の見込） 要 ・ 不要 〕 〔再認定の時期 年 月〕			
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 医師氏名 ㊞ （氏名を自署する場合は、押印を不要とする。）			
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すること。〕 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。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、静岡県社会福祉審議会から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

- | | | |
|-------------|-----------|--------------------------|
| (1) 動 　　き | (有 ・ 無) | (10) 血 　　圧 (最大 　　、最小 　　) |
| (2) 息 切 れ | (有 ・ 無) | (11) 心 　　音 |
| (3) 呼 吸 困 難 | (有 ・ 無) | (12) その他の臨床所見 |
| (4) 胸 　　痛 | (有 ・ 無) | |
| (5) 血 　　たん | (有 ・ 無) | |
| (6) チアノーゼ | (有 ・ 無) | (13) 重い不整脈発作のある場合は、その発作 |
| (7) 浮 　　腫 | (有 ・ 無) | 時の臨床症状、頻度、持続時間等 |
| (8) 心 拍 数 | | |
| (9) 脈 拍 数 | | |

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)

- | | |
|--|------------------------|
| (1) 陳旧性心筋こうそく | (有 ・ 無) |
| (2) 心 室 負 荷 像 | (有 (右室・左室・両室) ・ 無) |
| (3) 心 房 負 荷 像 | (有 (右房・左房・両房) ・ 無) |
| (4) 脚 ブ ロ ッ ク | (有 ・ 無) |
| (5) 完全房室ブロック | (有 ・ 無) |
| (6) 不完全房室ブロック | (有第 　　度 ・ 無) |
| (7) 心 房 細 動 (粗 動) | (有 ・ 無) |
| (8) 期 外 収 縮 | (有 ・ 無) |
| (9) S T の 低 下 | (有 　　mV ・ 無) |
| (10) 第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導
(V ₁ を除く。)のいずれかの T の逆転 | (有 ・ 無) |
| (11) 運動負荷心電図における ST の 0.1
mV 以上の低下 | (有 ・ 無) |
| (12) その他の心電図所見 | |
| (13) 不整脈発作のある者では発作中の
心電図所見(発作年月日を記載すること。) | |

4 活動能力の程度

- (1) 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
- (2) 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り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの
- (3) 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
- (4) 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、救急医療を繰り返し必要としているもの
- (5) 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 ペースメーカ (有・無) 手術年月日 (年 月 日)
人工弁移植、弁置換 (有・無) 手術年月日 (年 月 日)
- 6 ペースメーカの適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)
- 7 身体活動能力 (2未満 ・ 2以上4未満 ・ 4以上)
(運動強度：メッツ)

※ ペースメーカ等の植え込み者について (平成 26 年 4 月 1 日から)

「6 ペースメーカの適応度」

日本循環器学会「不整脈の非薬物治療ガイドライン (2011 年改訂版)」のエビデンスと推奨度のグレードで該当するグレードを○で囲んでください。

「7 身体活動能力」運動強度：メッツ」

該当するメッツの値を○で囲んでください。

2メッツ未満：ベッド等で安静が必要な状態

2メッツ以上4メッツ未満：平地歩行ができる状態

4メッツ以上：早歩きや坂道歩きができる状態