

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害・18歳以上用）

【留意事項】 診断書・意見書に記載する各検査所見について

- 胸部エックス線，心電図，心エコーについては，検査を施行の上，3か月以内の所見を記載してください。
但し，「ペースメーカ等の植え込み後6か月経過前」で，かつペースメーカ等への依存が絶対的な状態（適応度：クラスⅠ）の場合は，「植え込み前」の所見を記載してください。
- 心臓カテーテル，冠動脈造影については，検査結果がない場合は，未施行と記入してください。
- ペースメーカ等を植え込んだ者については，身体活動能力（運動強度）を必ず記入してください。

【参考】 ペースメーカ等植え込み後の障害等級の判断基準

1 植え込み直後

| | |
|----|---|
| 1級 | ペースメーカの適応度がクラスⅠのもの ペースメーカの適応度がクラスⅡ又はⅢであって，身体活動能力（運動強度）が2メッツ未満のもの |
| 3級 | ペースメーカの適応度がクラスⅡ又はⅢであって，身体活動能力（運動強度）が2以上4メッツ未満のもの |
| 4級 | ペースメーカの適応度がクラスⅡ又はⅢであって，身体活動能力（運動強度）が4メッツ以上のもの |

（注）植え込みから3年以内に再認定を行うこととする。

2 再認定時

| | |
|----|---------------------------|
| 1級 | 身体活動能力（運動強度）が2メッツ未満のもの |
| 3級 | 身体活動能力（運動強度）が2以上4メッツ未満のもの |
| 4級 | 身体活動能力（運動強度）が4メッツ以上のもの |

| | | | |
|--|---|---|--------|
| 氏名 | <small>明治 大正 昭和 平成 令和</small> | 年 月 日 生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | | |
| 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，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 要 ・ 不要] (再認定の時期 令和 年 月) | | | |
| ⑥ その他参考となる合併症状 | | | |
| 上記のとおり診断し，併せて次の意見を付する。 | | | |
| 令和 年 月 日 | 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 | 診療担当科名 氏 名 | 科 Ⓜ |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見 | | | |
| 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 | |
| [障害部位ごとの等級，障害の内容及び指数についての参考意見] | | | |
| 障 害 部 位 | 等 級 | 障 害 の 内 容 | 指 数 |
| | | | |
| | | | |
| 総 合 | 級 | 合 計 | 点 |
| <small>注意 1 この書類は，身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師が作成すること。 2 この書類には，障害の種類に応じて知事が別に定める様式による障害の状況及びこれに係る所見を記載した書類を添付すること。</small> | | | |

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

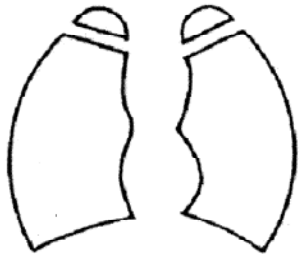
(該当するものを○でかこむこと)

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V ₁ 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

(程度と等級の関係:ア 非該当 イ・ウ 4級相当 エ 3級相当 オ 1級相当)

- 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繰返し、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 ペースメーカ (有・無) (年 月 日)
人工弁移植, 弁置換 (有・無) (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(運動強度) (メッツ)
※小数点以下の四捨五入は行わない。

- 8 心エコー所見 (年 月 日)

左室駆出率(EF) %

- 9 心臓カテーテル検査所見 (年 月 日)

冠動脈造影所見 (年 月 日)

- 10 薬物コントロール (可・不可) 薬物名