

指定医師が記入してください

様式第6号（第8条関係）

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害18歳以上用）

総括表

氏 名	滋賀 太郎		大正 昭和 平成 令和	○ 年 ○ 月 ○ 日	男・女
住 所	滋賀県〇〇市〇〇町〇〇番地				
① 障害名（部位を明記）	心臓機能障害				
② 原因となった 疾病・外傷名	拡張型心筋症		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳	年	月	日・場 所	不詳
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真および検査所見を含む。） 近医で糖尿病と高血圧にて加療されていたが、心電図の異常を指摘されて当院受診。 ○年○月○日に心臓カテーテルにて上記と診断した。投薬治療を開始し、生活指導も行った が心機能の改善は認められなかった。 障害固定または障害確定（推定）令和 ○年 ○ 月 ○ 日					
⑤ 総合所見 日常生活において、しばしば心不全症状を生じている。買い物や掃除といった労作で疲 労感が強く、しばらく休憩しないと次の動作に移れない。社会での日常生活活動にも著 しい制限が認められる。 〔 障害程度の改善の見込み 無・有 〕 〔 時期： 年 月頃 〕←					
⑥ その他参考となる合併症状 メニエール病、統合失調症					
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和8年 7 月 1 日 病院または診療所の名称 〇〇クリニック 所 在 地 滋賀県〇〇市〇〇町〇〇番地 診療担当科名 循環器内科 医師氏名 近江 一郎					
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 （ 4 級相当） ・該当しない					
注 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、右上下肢まひ、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、別に定める「歯科医師による診断書・意 見書」を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、滋賀県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 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（令和 8年 6月 20日）

- ア 動 悸 （☒有・☐無） キ 心臓浮腫 （有・☒無）
 イ 息 切 れ （☒有・☐無） ク 心 拍 数 90
 ウ 呼 吸 困 難 （☒有・☐無） ケ 脈 拍 数 90
 エ 胸 痛 （有・☒無） コ 血 圧 （最大 124、最小 86）
 オ 血 痰 （有・☒無） サ 心 音 清
 カ チアノーゼ （有・☒無） シ その他の臨床所見 なし
 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（令和 8年 6月 20日）

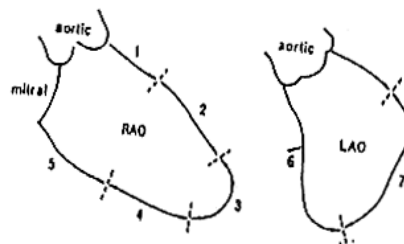
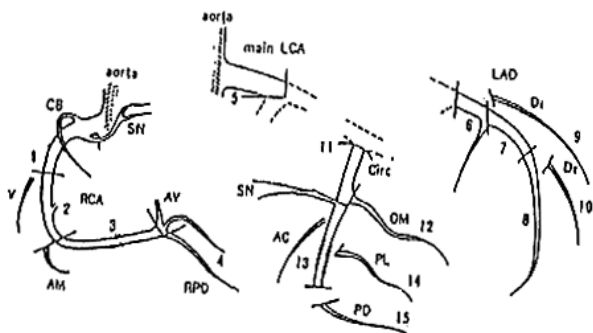


心胸比（ 55 %）

3 心電図所見（令和 8年 6月 20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（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・☒施行不可能）
 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 冠動脈造影（CAG）所見（令和 8年 6月 20日）



LVEF = 冠動脈狭窄なし

5 心エコー検査所見（令和 8年 6月 20日）

LVDd/Ds = 58 / 55

LVEF = 23%

6 活動能力の程度（令和 8年 7月 1日）

ア 家庭内での普通の日常生活活動も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またはこれらの活動では心不全症状も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も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、または頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活もしくは社会生活に妨げとなるもの。

㊦ 家庭内での普通の日常生活活動また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また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もしくは狭心症症状がおこるもの、また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 安静時もしくは自己身の日常生活活動でも心不全症状もしくは狭心症症状がおこるものまたは繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

手術日を記載してください。

- 7 ペースメーカ (有 (年 月 日) ・ (無))
人工弁移植、弁置換 (有 (年 月 日) ・ (無))
8 ペースメーカの適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)
9 身体活動能力 (運動強度) (6 メッツ)