

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歳未満用）

総括表

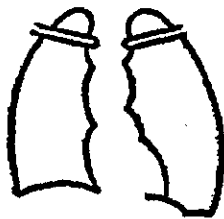
氏 名	滋賀 太郎	平成 ()	○ 年 △ 月 × 日	男・女 (男)
住 所	滋賀県 ○○市○○町○○番地			
① 障害名（部位を明記）	心臓機能障害			
② 原因となった 疾病・外傷名	ファロー四徴症 肺動脈弁・三尖弁逆流	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、(先天性) その他 ()		
③ 疾病・外傷発生年月日	平成 ○ 年 △ 月 × 日	場 所 出生時		
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）	生後、心雑音からファロー四徴症と診断された。○年○月○日に○○大学病院にて根治術を施行。術後、中等度から重度の肺動脈弁・三尖弁逆流が残存した。著明な心不全を認める。 障害固定又は障害確定（推定） ○ 年 △ 月 × 日			
⑤ 総合所見	先天性疾患による低酸素血症を認める。 外来通院にて経過観察をしながら今後の治療を検討する。 継続的医療を要する。 [障害程度の改善の見込み 無・有] [時期: 3年後 年 月頃] ← (有)			
⑥ その他参考となる合併症状	特になし			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 2018 年 7 月 1 日 病院又は診療所の名称 ○○クリニック 所 在 地 滋賀県○○市○○町○○番地 診療担当科名 小児 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) (1 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、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わせする場合があります。				

1 臨床所見 (2018 年 △ 月 × 日)

- | | | | |
|-------------|-------|---------|-------|
| 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 肝腫大 | (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 (2018 年 △ 月 × 日)



- | | |
|---------------|-------|
| ア 心胸比 0.56 以上 | (有・無) |
| イ 肺血流量増又は減 | (有・無) |
| ウ 肺静脈うっ血像 | (有・無) |

心胸比 (56 %)

(2) 心電図所見 (2018 年 △ 月 × 日)

- | | |
|----------|--------------------------|
| 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、冠動脈造影所見 (2018 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 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1 か月～3 か月毎の観察 | (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムス |
| (3) 症状に応じて要医療 | ストークス発作又は狭心症発作で |
| | 継続的医療を要するもの |