

| のりづけ | (再交付の | ())))))))))))))))))))))))))))))))))))) | | |
|--------------------------------------|----------|--|---|--|
| 写真 | 場合を | 写 | 真 | |
| $(4\mathrm{cm} \times 3\mathrm{cm})$ | 除 く | (4cm×3cm) | | |
| 脱帽のこと | · | 脱帽のこと | | |

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。 写真の糊付けは斜線部分のみとする。

身体障がい者診断書・意見書 (心臓機能障がいの18歳以上用)

| 氏 | 名 | | 年 | 月 | 日生 | 男 | 女 | | | |
|---|---|---------|--------------------------|----|----|-----|----|--|--|--|
| 住 | 所 市 郡 | | 町 村 | | | 番地 | | | | |
| 1 | 障がい名(部位を明記) | | | | | | | | | |
| 2 | 原因となった 疾病・外傷名 | | 交通、労災、 自然災害,疾 その他(| | | 傷、戦 | 災、 | | | |
| 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 | 食査所見を含む。 |) | | | | | | |
| | | 障がい固定又に | は障がい確定(推 | 定) | 年 | 月 | 日 | | | |
| (5) | 総合所見 | | | | | | | | | |
| | 〔将来再認定 要(軽度化・重度化)・ 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。併せてり 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 | 以下の意見を付 | する。 | | | | | | | |
| | 診療担当科名 | 科 | 医師氏名 | | | | 印 | | | |
| 「身体障害者福祉法」第15条第3項の意見〔障がい程度等級についても参考意見を記入〕 障がいの程度は、「身体障害者福祉法」別表に掲げる障がいに | | | | | | | | | | |

- - がいの性及は、「牙144桿舌白油性伝」が衣に19 ・ 該当する (級相当)
 - 該当しない
- 注意 1 障がい名の欄には、心臓機能等現在起こっている障がいを記入し、原因となった疾病・外傷 名の欄には、僧帽弁膜狭窄等障がいの原因となった疾病等を記入するとともに、該当する事 項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は()内に具体的に記入してくださ
 - 2 障がい区分や等級決定のため、小美玉市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。

(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

ア 動 悸 (有・無)

イ 息 切 れ (有・無)

ウ 呼吸困難 (有・無)

エ 胸 痛 (有・無)

 オ 血
 たん

 痰 (有・無)

カ チアノーゼ (有・無)

キ 浮 腫 (有・無)

ク 心 拍 数

ケ 脈 拍 数

コ 血 圧 (最大 、最小)

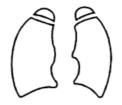
サ心音

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)



L 胸 比 9

3 心電図所見(_{こうそく}年 月 日)

ア陳旧性心筋梗塞

イ 心 室 負 荷 像

ウ心房負荷像

エ脚ブロック

オ 完全房室ブロック

カ 不完全房室ブロック

キ 心房細動(粗動)

ク 期 外 収 縮

ケSTの低下

コ 第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導(ただし、

V₁を除く。)のいずれかの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)

(有<右室、左室、両室>・無)

(有<右室、左室、両室>・無)

(有・無)

(有・無)

(有第 度・無)

(有・無)

(有 • 無)

(有 mV・無)

(有 · 無)

(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(発生年月日記載)

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起こらないもの。
- 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り返し、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起こるもの。
- 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。
- オ 安静時若しくは自己身辺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)