

氏名	年 月 日生	男・女															
住所																	
1. 障がい名(部位を明記) 心臓機能障がい	5 0 0																
2. 原因となった 疾病・外傷名	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">交通、</td> <td style="text-align: center;">労災、</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">その他の事故、</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">戦災、</td> <td style="text-align: center;">疾病、</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">先天性、その他()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">70</td> <td style="text-align: center;">80</td> </tr> </table>	10	20	30	40	交通、	労災、	その他の事故、		戦災、	疾病、	先天性、その他()		50	60	70	80
10	20	30	40														
交通、	労災、	その他の事故、															
戦災、	疾病、	先天性、その他()															
50	60	70	80														
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。)																	
障がい固定又は障がい確定(推定) 年 月 日																	
5. 総合所見																	
将来再認定 要 (重度化・その他) 不要 再認定年月 年 月																	
6. その他の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。 年 月 日 勤務先 (所在地・名称・電話番号) 診療担当科名 科 身体障害者福祉法 第15条指定医師氏名 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 ・該当する (級相当) ・該当しない																	

- [注意]
1. 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳血管障がい、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. 障がい区分や等級決定のため、和泉市から改めて診断内容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○でかこむこと。)

1. 臨床所見

- ア 著しい発育障がい (有・無) オ チアノーゼ (有・無)
イ 心音・心雑音の異常 (有・無) カ 肝種大 (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 (年 月 日)



- ア 心胸比 0.56 以上 (有・無)
イ 肺血流量の増 (有・無)
ウ 肺血流量の減 (有・無)
エ 肺静脈うっ血像 (有・無)

心胸比 _____

(2) 心電図所見

- 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 心筋障がい像 [所見] (有・無)

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

4. 手術

- ペースメーカー (有・無)
人工弁移植、弁置換 (有・無)

(手術年月日
年 月 日)