

身体障害者診断書・意見書（心臓機能（１８歳以上）障害用）

総括表

氏 名	年 月 日生（ 歳）	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（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。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名		
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（ 級相当） ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、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 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 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（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。		

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

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○で囲むこと。）

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 /分
ウ 呼 吸 困 難（有・無） ケ 脈 拍 数 /分
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（ただし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S Tの0.1mV以上の低下 （有・無）
シ その他の心電図所見

