

総括表

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳以上用)

氏名	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	男・女
住所					
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		交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他()			
③ 疾病・外傷発生日		年	月	日	場所
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)					
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〕					
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和 年 月					
<input type="checkbox"/> 再認定は不要					
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。 令和 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号					
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、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。					
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。					

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 (年 月 日)

- | | | | |
|---------|-----------|--------|---------------------|
| ア 動悸 | (有 ・ 無) | キ 浮腫 | (有 ・ 無) |
| イ 息切れ | (有 ・ 無) | ク 心拍数 | 回/分 |
| ウ 呼吸困難 | (有 ・ 無) | ケ 脈拍数 | 回/分 |
| エ 胸痛 | (有 ・ 無) | コ 血圧 | (最大 ・ 最小) |
| オ 血痰 | (有 ・ 無) | サ 心音 | (清 ・ 濁 ・ その他 ()) |
| カ チアノーゼ | (有 ・ 無) | シ BNP値 | () |

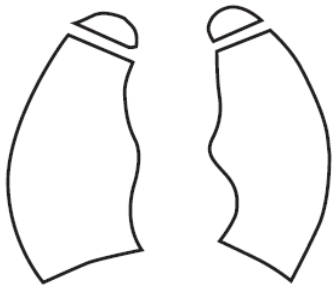
(NT-proBNPでも可)

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・発作年月日・心電図所見等を記入

セ その他の臨床所見

- ・心エコー所見 (年 月 日)
- ・左室駆出率 (LVEF) () %

2 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比 () %

他所見 ()

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 〈右、左〉 ・ 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 〈心室性・上室性〉 ・ 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STの0.1mV以上の低下 | (有 ・ 無) |

4 その他の所見（該当する場合は記入すること）

5 活動能力の程度

- 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（非該当）
- 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（4級相当）
- 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（4級相当）
- 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（3級相当）
- 安静時若しくは自己身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（1級相当）

6 人工弁移植、弁置換（有・無） 手術日（ 年 月 日）

7 ペースメーカー（有・無） 手術日（ 年 月 日）

8 ペースメーカー「有」の場合のみ次を記入

- ペースメーカーの適応度（クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ）
※ 「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（2010年合同研究班報告）におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をすること。
- 身体活動能力（運動強度）検査日・判断日（ 年 月 日）（メッツ）
※ メッツ値について、症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は、症状がより重度の状態（メッツ値が一番低い値）を記載すること。