

## 身体障害者診断書・意見書

総括表

（ 障害用）

|  |        |   |
|--|--------|---|
| 氏名   | 年 月 日生 | 男 女                                       |
| 住所   |        |   |
| ①障害名（部位を明記）  |        |   |
| ②原因となった<br>疾病・外傷名  |        | 交通事故・労災事故・その他の事故・戦傷<br>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   |        |   |
| 総合所見   |        |   |
| [将来再認定 要・不要]<br>(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。併せて次の意見を付す。<br>年 月 日  |        |   |
| 病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>診 療 担 当 科 名 科 医師氏名  |        |   |
| 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）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）<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する（ 級相当）<br>・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。<br>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及び意見書を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、函館市および函館市社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 |        |   |

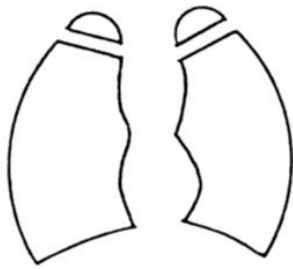
(該当するものを○印で囲むこと。)

**1 臨床所見**

- |               |       |           |       |
|---------------|-------|-----------|-------|
| (1) 著しい発育障害   | (有・無) | (5) チアノーゼ | (有・無) |
| (2) 心音・心雑音の異常 | (有・無) | (6) 肝腫大   | (有・無) |
| (3) 多呼吸又は呼吸困難 | (有・無) | (7) 浮腫    | (有・無) |
| (4) 運動制限      | (有・無) |           |       |

**2 検査所見**

(1) 胸部エックス線所見 (      年      月      日)



心胸比

- |               |       |
|---------------|-------|
| 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) |

(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 心筋障害像  | [所見                      ] (有・無) |

(3) 心エコー図, 冠動脈造影所見 (      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年ごとの観察
- (2) 1か月～3か月ごとの観察
- (3) 症状に応じて要医療
- (4) 継続的要医療
- (5) 重い心不全, 低酸素血症, アダムス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

**4 手術の状況**

- |            |   |
|------------|---|
| 人工ペースメーカー  | ( 有                      年      月      日      ・      無      ) |
| 人工弁移植・弁置換  | ( 有                      年      月      日      ・      無      ) |
| 体内植込み型除細動器 | ( 有                      年      月      日      ・      無      ) |
| その他の手術の状況  | ( 有                      年      月      日      ・      無      ) |