

身体障害者診断書・意見書（心臓機能障害用）【18歳未満用】

総括表

氏名	年 月 日生 (歳)	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 疾病又は外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 自然災害・先天性・その他（ ）	
③ 疾病又は外傷の 発 生 年 月 日	年 月 日・場所	
④ 参考となる経過及び現症（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（時期 年 月） ・ 不要		
<small>※原則として、障害の程度が軽減すると見込まれる場合にあっては要を、それ以外の場合にあっては不要を○で囲んでください。</small>		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。		
年 月 日		
病院又は診療所の 所在地及び名称 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		
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。 		
注 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 障害の種類ごとに知事が別に定める書類を添付してください。		
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・意見書を添付してください。		
4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。		

3 養護の区分

- (1) 6か月～1年毎の観察
- (2) 1か月～3か月毎の観察
- (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 ペースメーカー (有・無) (手術日 年 月 日)

体内埋め込み型除細動器 (有・無) (手術日 年 月 日)

人工弁移植、弁置換 (有・無) (手術日 年 月 日)