

## 第5 心 臟 機 能 障 害

## 一 身体障害者障害程度等級表

(抜すい)

| 級 別 | 心 臓 機 能 障 害                       |
|-----|-----------------------------------|
| 1 級 | 心臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |
| 2 級 |                                   |
| 3 級 | 心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの |
| 4 級 | 心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの  |

## 二 身体障害者障害程度等級表の解説

### 1 18歳以上の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- h 心電図で第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が逆転した所見があるもの

(イ) ペースメーカを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

イ 等級表3級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) アのaからhまでのうちいずれかの所見があり、かつ、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。

(イ) ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの。

ウ 等級表4級に該当する障害は次のものをいう。

(ア) 次のうちいずれかの所見があり、かつ、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。

- a 心電図で心房細動又は粗動所見があるもの
- b 心電図で期外収縮の所見が存続するもの
- c 心電図でSTの低下が0.2mV未満の所見があるもの
- d 運動負荷心電図でSTの低下が0.1mV以上の所見があるもの

(イ) 臨床所見で部分的心臓浮腫があり、かつ、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

(ウ) ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの。

### 2 18歳未満の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害は原則として、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で、次の所見(a～n)の項目のうち6項目以上が認められるもの

をいう。

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| a 著しい発育障害   | h 胸部エックス線で心胸比0.56以上のもの  |
| b 心音・心雑音の異常 | i 胸部エックス線で肺血流量増又は減があるもの |
| c 多呼吸又は呼吸困難 | j 胸部エックス線で肺静脈うっ血像があるもの  |
| d 運動制限      | k 心電図で心室負荷像があるもの        |
| e チアノーゼ     | l 心電図で心房負荷像があるもの        |
| f 肝腫大       | m 心電図で病的な不整脈があるもの       |
| g 浮腫        | n 心電図で心筋障害像があるもの        |

- イ 等級表3級に該当する障害は、原則として、継続的医療を要し、アの所見(a～n)の項目のうち5項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄若しくは閉塞があるものをいう。
- ウ 等級表4級に該当する障害は、原則として症状に応じて医療を要するが少なくとも、1～3か月毎の間隔の観察を要し、アの所見(a～n)の項目のうち4項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があるものをいう。

### 三 診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的に心臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。診断書は障害認定の正確を期するため、児童のための「18歳未満用」と成人のための「18歳以上用」とに区分して作成する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

#### (1) 「総括表」について

##### ア 「障害名」について

「心臓機能障害」と記載する。

##### イ 「原因となった疾病・外傷名」について

原因疾患名はできる限り正確に書く。例えば、単に心臓弁膜症という記載にとどめず、種類のわかるものについては「僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症」等と記載する。また、動脈硬化症の場合は「冠動脈硬化症」といった記載とする。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明の場合は推定年月を記載する。

##### ウ 「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障害認定のうえで参考となる事項を摘記する。障害固定又は確定(推定)の時期については、手術を含む治療の要否との関連をも考慮し記載する。

##### エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を摘記する。乳幼児期における診断又は手術等により障害程度に変化の予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

#### (2) 「心臓の機能障害の状況及び所見」について

##### ア 「1 臨床所見」について

臨床所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。その他の項目についても必ず記載すること。

##### イ 「2 胸部エックス線所見」について

胸部エックス線所見の略図は、丁寧に明確に書き、異常所見を記載する必要がある。心胸比は必ず算出して記載すること。

##### ウ 「3 心電図所見」について

心電図所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。運動負荷を実施しない場合には、その旨を記載することが必要である。STの低下については、その程度を何mVと必ず記載すること。

##### エ 「2 (3) 心エコー図、冠動脈造影所見」(18歳未満用)について

乳幼児期における心臓機能障害の認定に重要な指標となるが、これを明記すること。

##### オ 「4 活動能力の程度」(18歳以上用)について

心臓機能障害の場合には、活動能力の程度の判定が障害程度の認定に最も重要な意味をもつので、診断書の作成に当たってはこの点を十分留意し、いずれか 1 つの該当項目を慎重に選ぶことが必要である。診断書の活動能力の程度と等級の関係は、次のとおりつけられているものである。

ア……………非該当  
イ・ウ……………4級相当  
エ……………3級相当  
オ……………1級相当

カ「3 養護の区分」（18歳未満用）について

18歳未満の場合は、養護の区分の判定が障害程度の認定に極めて重要な意味をもつので、この点に十分留意し、いずれか 1 つの該当項目を慎重に選ぶこと。

診断書の養護の区分と等級の関係は次のとおりである。

(1) ……………非該当  
(2)・(3) ……4級相当  
(4) ……………3級相当  
(5) ……………1級相当

#### 四 障害程度の認定について

- (1) 心臓機能障害の障害程度の認定は、原則として、活動能力の程度（18歳未満の場合は養護の区分）とこれを裏づける客観的所見とにより行うものである。
- (2) 心臓機能障害の認定においては、活動能力の程度（18歳未満の場合は養護の区分）が重要な意味をもつので、活動能力の程度判定の妥当性を検討する必要がある。  
活動能力の程度又は養護の区分は、診断書全体からその妥当性が裏づけられていることが必要であり、活動能力の判定の根拠が、現症その他から納得しがたい場合には、診断書を作成した指定医に照会する等により慎重に検討したうえで認定することが望ましい。
- (3) 活動能力が「ア」（18歳未満の場合は養護の区分の（1））であっても、客観的な所見から、相当程度の心臓障害の存在が十分にうかがえるような場合には、機械的に非該当とせず、念のために活動能力を確認するなどの取扱いが望まれる。また、客観的所見がなく、活動能力がイ～オ又は（2）～（5）とされている場合には、相互の関係を確認することが必要である。
- (4) 乳幼児に係る障害認定は、障害の程度を判定できる年齢（概ね満3歳）以降に行うことを適当とするが、先天性心臓障害については、3歳未満であっても治療によっても残存すると予想される程度をもって認定し、一定の時期に再認定を行うことは可能である。

## 五 疑義解釈

| 質 疑   | 回 答  |
|---|--|
| <p>[心臓機能障害]</p> <p>1. 先天性心疾患による心臓機能障害をもつ者が、満18歳以降に新規で手帳申請した場合、診断書及び認定基準は、それぞれ「18歳以上用」と「18歳未満用」のどちらを用いるのか。</p> <p>2. 更生医療によって、大動脈と冠動脈のバイパス手術を行う予定の者が、身体障害者手帳の申請をした場合は認定できるか。また急性心筋梗塞で緊急入院した者が、早い時期にバイパス手術を行った場合は、更生医療の申請と同時に障害認定することは可能か。</p> <p>3. 18歳以上用の診断書の「3 心電図所見」の「シ その他の心電図所見」及び「ス 不整脈のあるものでは発作中の心電図所見」の項目があるが、認定基準及び認定要領等にはその取扱いの記載がないが、これらの検査データはどのように活用されるのか。</p> <p>4. ペースメーカを植え込みしたもので、「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)、「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)、「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)はどのように判断するのか。</p> | <p>それぞれ「18歳以上用」のものを使うことが原則であるが、成長の度合等により、「18歳以上用」の診断書や認定基準を用いることが不適当な場合は、適宜「18歳未満用」により判定することも可能である。</p> <p>心臓機能障害の認定基準に該当するものであれば、更生医療の活用の有無に関わりなく認定可能であるが、更生医療の適用を目的に、心疾患の発生とほぼ同時に認定することは、障害固定後の認定の原則から適当ではない。</p> <p>また、バイパス手術の実施のみをもって心臓機能障害と認定することは適当ではない。</p> <p>診断医が、「活動能力の程度」等について判定する際の根拠となり得るとの理由から、シ、スの2項目が加えられており、必要に応じて当該検査を実施し、記載することとなる。</p> <p>(1) 植え込み直後の判断については、次のとおりとする。</p> <p>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)とは、日本循環器学会の「不整脈の非薬物治療ガイドライン」(2011年改訂版)のクラスⅠに相当するもの、又はクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。</p> <p>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。</p> <p>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。</p> <p>(2) 植え込みから3年以内に再認定を行うこととするが、その際の判断については次のとおりとする。</p> |

| 質 疑  | 回 答   |
|--|---|
| <p>5. ペースメーカを植え込みした者、又は人工弁移植、弁置換を行った者は、18歳未満の者の場合も同様か。</p> <p>6. 体内植込み（埋込み）型除細動器（ICD）を装着したのについては、ペースメーカを植え込みしているものと様に取り扱うのか。</p> <p>7. 発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例にペースメーカを植え込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上ペースメーカの機能は用いられなくなっている。この場合、再認定等の際の等級は、どのように判定すべきか。</p> <p>8. 人工弁移植、弁置換に関して、<br/> ア. 牛や豚の弁を移植した場合も、人工弁移植、弁置換として認定してよいか。<br/> イ. また、僧帽弁閉鎖不全症により人工弁輪移植を行った場合も、アと同様に認定してよいか。<br/> ウ. 心臓そのものを移植した場合は、弁移植の考えから1級として認定するのか。</p> | <p>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」（1級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2未満のものをいう。<br/> 「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」（3級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2以上4未満のものをいう。<br/> 「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」（4級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が4以上のものをいう。</p> <p>先天性疾患によりペースメーカを植え込みした者は、1級として認定することとしており、その先天性疾患とは、18歳未満で発症した心疾患を指すこととしている。したがって、ペースメーカを植え込みした18歳未満の者は1級と認定することが適当である。<br/> また、弁移植、弁置換術を行った者は、年齢にかかわらずいずれも1級として認定することが適当である。</p> <p>同様に取り扱うことが適当である。</p> <p>認定基準の18歳以上の1級の（イ）「ペースメーカを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの」、3級の（イ）「ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」及び4級の（ウ）「ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</p> <p>ア. 機械弁に限らず、動物の弁(生体弁)を移植した場合も同様に取り扱うことが適当である。<br/> イ. 人工弁輪による弁形成術のみをもって、人工弁移植、弁置換と同等に取り扱うことは適当ではない。<br/> ウ. 心臓移植後、抗免疫療法を必要とする期間中は1級として取り扱うことが適当である。<br/> なお、抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することは適当と考えられる。</p> |

| 質 疑  | 回 答   |
|--|---|
| <p>9. 本人の肺動脈弁を切除して大動脈弁に移植し、切除した肺動脈弁の部位に生体弁(牛の弁)を移植した場合は、「人工弁移植、弁置換を行ったもの」に該当すると考えてよいか。</p> <p>10. 肺高血圧症に起因する肺性心により、心臓機能に二次的障害が生じた場合、検査所見及び活動能力の程度が認定基準に該当する場合は、心臓機能障害として認定できるか。</p> <p>11. (質疑) 1において、新規で手帳申請した場合の取扱いについて示されているが、再認定の場合における診断書や認定基準も同様の取扱いとなるのか。</p> | <p>肺動脈弁を切除した部位に新たに生体弁を移植していることから、1級として認定することが可能である。</p> <p>二次的障害であっても、その心臓機能の障害が認定基準に該当し、かつ、永続するものであれば、心臓機能障害として認定することが適当である。</p> <p>同様である。</p> |

# 身体障害者診断書・意見書

総括表

心臓機能障害（18歳以上）用

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 氏 名  | 年 月 日生<br>( 歳)  | 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、労災、その他の事故、戦傷、<br>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。)  |   |     |
| ⑤ 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日   |   |     |
| ⑥ 総合所見   |   |     |
| ⑦ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>【 要 ・ 不要 】</b> (再認定の時期 年 月)<br/>                     ※将来再認定を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br/>                     症状が〔 軽 快 ・ 悪 化 〕する見込みがあるため。                 </div> |     |
| ⑧ 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。<br>年 月 日<br>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<br><div style="text-align: right;">(記名押印又は署名)</div>   |   |     |
| 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】<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・意見書」(別紙様式)を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 |   |     |



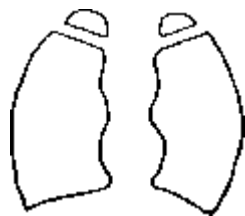
(該当するものを○でかこむこと。)

1 臨床所見

- ア 動悸 (有・無)
- イ 息切れ (有・無)
- ウ 呼吸困難 (有・無)
- エ 胸痛 (有・無)
- オ 血痰 (有・無)
- カ チアノーゼ (有・無)
- キ 浮腫 (有・無)
- ク 心拍数 /分

- ケ 脈拍数 /分
- コ 血圧(最大、最小)
- サ 心音
- 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 STの低下 (有 mV・無)
- コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(但し V<sub>1</sub>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)
- シ その他の心電図所見
- ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

4 活動能力の程度

ア 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おこらないもの。

イ 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す、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 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おこるもの。

エ 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返す必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰り返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 ペースメーカー (有・無) (手術日 年 月 日)  
人工弁移植、弁置換 (有・無) (手術日 年 月 日)

6 今後の手術見込・予定

年 月 日

手術名及び内容

( )

7 ペースメーカーの適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ )

8 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

9 植込型除細動器 (ICD) 作動の有無 (有・無)

両心室ペーシング機能付き植込型除細動器 (CRT-D) 作動の有無 (有・無)

# 身体障害者診断書・意見書

総括表

心臓機能障害（18歳未満）用

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 氏名   | 年 月 日生<br>( 歳)  | 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、労災、その他の事故、戦傷、<br>戦災、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。)  |   |     |
| ⑤ 障害固定又は障害確定(推定)   | 年 月 日   |     |
| ⑥ 総合所見   |   |     |
| ⑦ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由   | <b>【 要 ・ 不要 】</b> (再認定の時期 年 月)<br>※将来再認定を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br>症状が〔 軽 快 ・ 悪 化 〕する見込みがあるため。 |     |
| ⑧ 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。<br>年 月 日<br>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<br>(記名押印又は署名)   |   |     |
| 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】<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・意見書」(別紙様式)を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 |   |     |



# 身体障害者診断書・意見書

記入例

総括表

心臓機能障害（18歳以上）用

|   |   |   |
|---|---|---|
| 氏名 ○ ○ ○ ○  | 昭和 34年 8月 10日生<br>(60才)   | 男・女   |
| 住所 ○○市○町○丁目○番地  |   |   |
| ① 障害名(部位を明記) <b>心臓機能障害</b>  |   |   |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名 <b>急性心筋梗塞</b>  | 交通、労災、 <u>その他</u> の事故、戦傷、<br>戦災、自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他( )       |   |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 <b>令和 元 年 10月 10日</b> ・場 所   | 発症から1ヶ月未満・手術後から<br>1ヶ月未満は急性期取り扱いと<br>なり認定困難です                     |   |
| 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。)<br><b>令和元年10月始めより胸部不快感を自覚していた。令和元年10月10日夜から胸部不快感増強有り、<br/>当院救急搬送となった、心臓カテーテル検査で急性心筋梗塞の診断となり、同日経皮的冠動脈ステント<br/>術施行。その後外来にて経過観察中。</b>   |   |   |
| 障害固定又は障害確定(推定) <b>令和 元 年 11月 13日</b>  |   |   |
| ⑤ 総合所見<br><b>今後も定期的な経過観察を要する</b>  | 障害固定日は診断書作成日より前か同日  |   |
| ⑥ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由  | <input checked="" type="radio"/> 要・不要 (再認定の時期 <b>令和 2 年 10月</b> ) | 診断書作成は発症又は手<br>術後より1ヶ月经過した時<br>点です。障害固定(確定)と<br>判断された場合にお願いま<br>す |
| ※将来再確認を「要」とする場合はいずれかを○で囲ん<br>症状が〔 <u>軽快</u> ・悪化〕する見込みがある  |   |   |
| ⑦ 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。<br><b>令和 元 年 12 月 16日</b><br>病院又は診療所の名称 <b>○○○○病院</b><br>所 在 地 <b>○○市○町○丁目○番地</b><br>診療担当科名 <b>○○○○科</b> 医師氏名 <b>○○ ○○</b><br>(記名押印又は署名)  |   |   |
| 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】<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><input checked="" type="radio"/> 該当する ( <b>3</b> 級相当)<br><input type="radio"/> 該当しない  |   |   |
| 注意1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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・意見書」(別紙様式)を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 |   |   |

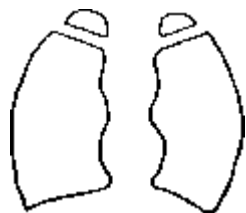
(該当するものを○でかこむこと。)

1 臨床所見

- ア 動悸 有・無
- イ 息切れ 有・無
- ウ 呼吸困難(有・無)
- エ 胸痛 有・無
- オ 血痰(有・無)
- カ チアノーゼ(有・無)
- キ 浮腫(有・無)
- ク 心拍数 60/分

- ケ 脈拍数 60 /分
- コ 血圧(最大 90、最小 50)
- サ 心音
- 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(令和元年 11月 13日)



心胸比( 56 %)

検査データは発症、又は手術後1ヶ月経過したものを記載してください

3 心電図所見(令和元年 11月 13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 STの低下 (有 mV 無)
- コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(但し V<sub>1</sub>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
- シ その他の心電図所見
- ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

4 活動能力の程度

ア 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おこらないもの。

イ 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返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 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おこるもの。

エ 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの

5 人工ペースメーカー (有・無) (手術日 年 月 日)  
人工弁移植、弁置換 (有・無) (手術日 年 月 日)

6 今後の手術見込・予定  
手術名及び内容

術前申請の場合で、バイパス術などの予定がある場合は記載してください

7 ペースメーカーの適応度 (クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)

8 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

9 植込型除細動器 (ICD) 作動の有無 (有・無)  
両心室ペーシング機能付き植込型除細動器 (CRT-D) 作動の有無 (有・無)

# 身体障害者診断書・意見書

記入例  
ペースメーカー植込み前

総括表

心臓機能障害（18歳以上）用

|   |  |  |
|---|--|--|
| 氏名 ○○ ○○  | 昭和 25年 5月 22 日<br>( 69 才)  | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> |
| 住所 ○○市○町○丁目○番地  |  |  |
| ① 障害名(部位を明記)  | 心臓機能障害   |  |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名  | 洞不全症候群   | 交通、労災、その他の事故、戦傷、<br>戦災、自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他( )         |
| ③ 疾病・外傷発生年月日  | 令和 元 年 10月 17 日・場 所  |  |
| 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。)  |  |  |
| ④   | 最近、動作時息切れ、眼前暗黒感あり令和元年10月17日当院受診。同日夜間モニター心電図で6秒の洞停止を認め、ペースメーカー適応と判断。10月21日ペースメーカー植込み術を施行する方針となった。<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">障害固定日は診断書作成日より前か同日</div><br>障害固定又は障害確定(推定) 令和 元 年 10月 17日 |  |
| ⑤ 総合所見  | ペースメーカー植え込みにより生活の質の改善が期待できる。   |  |
| ⑥ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由  | <input checked="" type="radio"/> 要 (再認定の時期 令和 4 年 10 月)<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">※将来再確認を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br/>症状が〔<u>軽快</u>・悪化〕する見込みがあるため</div>                               |  |
| ⑦ その他参考となる合併症状  | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ペースメーカー植込み術・弁置換術の場合は、永続する障害が見込まれるため、発症から1ヶ月未満でも認定可能です</div>   |  |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。<br>令和 元 年 10月 19日<br>病院又は診療所の名称 ○○ 病院<br>所 在 地 ○○市○町○丁目○番地<br>診療担当科名 ○ 科 医師氏名 ○○ ○○<br>(記名押印又は署名)   |  |  |
| 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】<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><input checked="" type="radio"/> 該当する ( 1 級相当)<br><input type="radio"/> 該当しない   |  |  |
| 注意1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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・意見書」(別紙様式)を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 |  |  |



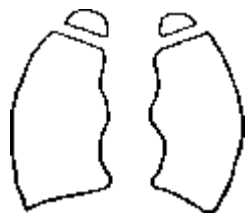
(該当するものを○でかこむこと。)

1 臨床所見

- ア 動悸(有<sup>○</sup>・無)
- イ 息切れ(有<sup>○</sup>・無)
- ウ 呼吸困難(有<sup>○</sup>・無)
- エ 胸痛(有<sup>○</sup>・無)
- オ 血痰(有<sup>○</sup>・無)
- カ チアノーゼ(有<sup>○</sup>・無)
- キ 浮腫(有<sup>○</sup>・無)
- ク 心拍数 57 /分

- ケ 脈拍数 57 /分
- コ 血圧(最大 96、最小 56)
- サ 心音 正常
- 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(令和元年 10月 17日)



心胸比( 62 %)

ペースメーカー植込み術・弁置換術後の場合は、永続する障害が見込まれるため、発症から1ヶ月未満の検査所見でも認定可能です

3 心電図所見(令和元年 10月 17日)

- ア 陳旧性心筋梗塞 (有<sup>○</sup>・無)
- イ 心室負荷像 ((有<sup>○</sup><右室、左室、両室>・無)
- ウ 心房負荷像 (有<右房、左房、両房>・無<sup>○</sup>)
- エ 脚ブロック (有<sup>○</sup>・無)
- オ 完全房室ブロック (有<sup>○</sup>・無)
- カ 不完全房室ブロック (有第 度<sup>○</sup>・無)
- キ 心房細動(粗動) (有<sup>○</sup>・無)
- ク 期外収縮 (有<sup>○</sup>・無)
- ケ STの低下 (有 mV<sup>○</sup>・無)
- コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(但し V<sub>1</sub>を除く)のいずれかのTの逆転 (有<sup>○</sup>・無)
- サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有<sup>○</sup>・無)
- シ その他の心電図所見
- ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

#### 4 活動能力の程度

ア 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おこらないもの。

イ 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返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 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おこるもの。

エ 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの

5 人工ペースメーカー (有・無) (手術日 年 月 日)  
人工弁移植、弁置換 (有・無) (手術日 年 月 日)

#### 6 今後の手術見込・予定

令和 元 年10月21日

手術名及び内容

ペースメーカー植込み術

7 ペースメーカーの適応度 (クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)

8 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

9 植込型除細動器 (ICD) 作動の有無 (有・無)

両心室ペーシング機能付き植込型除細動器 (CRT-D) 作動の有無 (有・無)

## 身体障害者診断書・意見書

総括表

心臓機能障害（18歳以上）用

|  |   |   |
|--|---|---|
| 氏名 ○○ ○○   | 昭和 27年 1月 2日生<br>(67才)                                    | 男・女   |
| 住所 ○○市○町○丁目○番地   |   |   |
| ① 障害名(部位を明記) <b>心臓機能障害</b>   |   |   |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名   | <b>洞不全症候群</b>   | 交通、労災、 <u>その他</u> の事故、戦傷、<br>戦災、自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他( )   |
| ③ 疾病・外傷発生年月日   | 令和 元 年 11 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。)<br>平成26年冠動脈ステント術後フォロー中であったが、令和元年11月頃より意識消失発作を繰り返すようになり、令和元年12月6日ホルダー心電図において10秒間の洞停止が確認された。洞不全症候群と診断しペースメーカー適応と判断、12月13日ペースメーカー植込み術を行った。<br><b>障害固定日は診断書作成日より前か同日</b><br>障害固定又は障害確定(推定) 令和 元 年 12 月 13 日 |   |   |
| ⑤ 総合所見   | ペースメーカー植込み後は、日常生活への復帰が可能である。                              | ペースメーカー植込み直後の申請の場合、不要の記載でも、原則として植え込み後3年時に再認定を付します             |
| ⑥ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由   | 要・ <u>不要</u> (再認定)  | ※将来再認定を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br>症状が〔 軽 快 ・ 悪 化 〕する見込みがあるため。 |
| ⑦ その他参考となる合併症状   | ペースメーカー植込み術・弁置換術後の場合は、永続する障害が見込まれるため、手術から1ヶ月未満の診断でも認定可能です |   |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。<br>令和 元 年 12 月 15 日<br>病院又は診療所の名称 ○○ 病院<br>所 在 地 ○○市○町○丁目○番地<br>診療担当科名 ○ 科 医師氏名 ○○ ○○<br>(記名押印又は署名)  |   |   |
| 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】<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>○ <u>該当する</u> ( 3 級相当)<br>○該当しない   |   |   |
| 注意1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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・意見書」(別紙様式)を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。      |   |   |

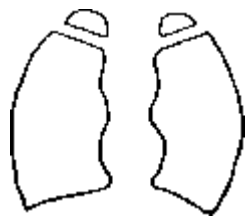
(該当するものを○でかこむこと。)

1 臨床所見

- ア 動悸(有・無)
- イ 息切れ(有・無)
- ウ 呼吸困難(有・無)
- エ 胸痛(有・無)
- オ 血痰(有・無)
- カ チアノーゼ(有・無)
- キ 浮腫(有・無)
- ク 心拍数 **40** /分

- ケ 脈拍数 **40** /分
- コ 血圧(最大 **130**、最小 **80**)
- サ 心音
- 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(令和元年12月5日)



心胸比( **52** %)

3 心電図所見(令和元年12月5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 STの低下 (有 mV 無)
- コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(但しV<sub>1</sub>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)未施行
- シ その他の心電図所見
- ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

4 活動能力の程度

ア 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おこらないもの。

イ 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す、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 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おこるもの。

エ 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返す必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がお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

5 人工ペースメーカー (有・無) (手術日 令和 元 年 12 月 13 日)  
人工弁移植、弁置換 (有・無) (手術日 年 月 日)

6 今後の手術見込・予定

手術名及び内容

[

ペースメーカー植込み後は、  
適応度を必ず記載してください

7 ペースメーカーの適応度 (クラス I ・ クラス II ・ クラス III)

8 身体活動能力 (運動強度) ( 3 メッツ)

【ペースメーカー植込み直後の場合】  
適応度がクラス II 以下に相当する者については、身体活動能力を必ず記載してください。身体活動能力の値により等級決定を行います。

メッツ 2未満 ⇒ 1級

メッツ 2以上4未満 ⇒ 3級

メッツ 4以上 ⇒ 4級

9 植込型除細動器 (ICD) 作動の有無 (有・無)  
両心室ペーシング機能付き植込型除細動器 (CRT-D) 作動の有無 (有・無)

# 身体障害者診断書・意見書

総括表

心臓機能障害（18歳以上）用

記入例

ペースメーカー植込み後の  
再認定

|  |  |   |
|--|--|---|
| 氏名 ○○ ○○   | 昭和26年 1月 2日生<br>(69才)                              | <input checked="" type="radio"/> 男・女                        |
| 住所 ○○市○町○丁目○番地   |  |   |
| ① 障害名(部位を明記) <b>心臓機能障害</b>   |  |   |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名   | <b>洞不全症候群</b>                                      | 交通、労災、 <u>その他</u> の事故、戦傷、<br>戦災、自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他( ) |
| ③ 疾病・外傷発生年月日   | 平成 29 年 10 月                                       | ペースメーカー等植込み術後から現<br>在までの状態も記入すること                           |
| 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。)<br>平成29年10月31日眼前暗黒感を伴う動悸、倦怠感の自覚症状あり精査加療目的に当院紹介受診。<br>平成29年11月1日モニター心電図において最大4.5秒の洞停止が確認された。洞不全症候群と診断し<br>ペースメーカー適応と判断、11月8日恒久的ペースメーカー移植術を施行した。<br>現在は半年に1回当院外来でペースメーカーチェックにて継続的な経過観察を行っている。<br>障害固定又は障害確定(推定) 平成 29 年 11 月 1日 |  |   |
| ⑤ 総合所見<br>令和2年11月のペースメーカーチェックでは特記異常所見は認めなかったが、今後も病状の急性増<br>悪等に注意が必要である。  |  |   |
| ⑥ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由   | 要・ <input checked="" type="radio"/> 要 (再認定の時期 年 月) | ※将来再確認を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br>症状が〔 軽快 ・ 悪化 〕する見込みがあるため。 |
| ⑦ 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。<br>令和 2 年 11 月 25 日<br>病院又は診療所の名称 ○○ 病院<br>所 在 地 ○○市○町○丁目○番地<br>診療担当科名 ○ 科 医師氏名 ○○ ○○<br>(記名押印又は署名)  |  |   |
| 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】<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><input checked="" type="radio"/> 該当する ( 3 級相当)<br><input type="radio"/> 該当しない  |  |   |
| 注意1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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・意見書」(別紙様式)を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁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○でかこむこと。)

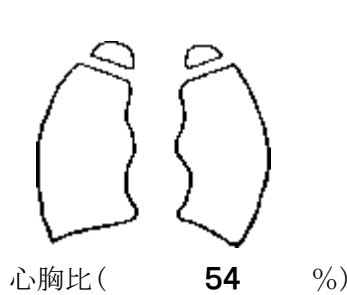
1 臨床所見

**現在の状態を記入すること**

- ア 動悸(有・無)
- イ 息切れ(有・無)
- ウ 呼吸困難(有・無)
- エ 胸痛(有・無)
- オ 血痰(有・無)
- カ チアノーゼ(有・無)
- キ 浮腫(有・無)
- ク 心拍数 **64** /分

- ケ 脈拍数 **72** /分
- コ 血圧(最大 **148**、最小 **87**)
- サ 心音
- 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(令和 2年 11月 19日)



**直近の検査データを記入すること**

3 心電図所見(令和 2年 11月 19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 STの低下 (有 mV 無)
- コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(但し V<sub>1</sub>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)未施行
- シ その他の心電図所見
- ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

4 活動能力の程度

現在の状態(ペースメーカー等植込み術後)を選択すること

ア 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穏やかな日常生活活動には支障がなく、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おこらないもの。

イ 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穏やか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返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて穏やか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おこるもの。

エ 家庭内での極めて穏やか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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの

5 人工ペースメーカー (  有 ) (手術日平成 29年 11月 8日)  
人工弁移植、弁置換 (  有  無 ) (手術日 年 月 日)

6 今後の手術見込・予定

手術名及び内容

[ ]

7 ペースメーカーの適応度 (  クラスⅠ ) クラスⅡ・クラスⅢ)

8 身体活動能力(運動強度) ( 2.5 メッツ)

【植え込みから3年以内の再認定の場合】

身体活動能力の値により等級決定を行うこととされています。

メッツ 2未満 ⇒ 1級

メッツ 2以上4未満 ⇒ 3級

メッツ 4以上 ⇒ 4級

※肢体不自由等、他の要因により心臓機能のメッツ判断が難しい場合は余白に意見を記入してください。

心室細動や心室頻拍等の致死的不整脈発作に対し、除細動器が作動したかどうかで判断してください。

※心室ペーシング機能の作動の有無ではありません。

9 植込型除細動器 ( I C D ) 作動の有無 (  有  無 )  
両心室ペーシング機能付き植込型除細動器 ( C R T - D ) 作動の有無 (  有  無 )



# 身体障害者診断書・意見書

記入例

総括表

内部（心臓）18歳未満

|  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| 氏名   | 〇〇 〇〇〇   | 平成24年 3月 13日生<br>(7才)   | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 住所   | 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地   |   |                                       |
| ① 障害名(部位を明記)   | 心臓機能障害   |   |                                       |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名   | 心室中隔欠損   | 交通、労災、 <input checked="" type="radio"/> その他の事故、戦傷、<br>戦災、自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他( ) |                                       |
| ③ 疾病・外傷発生年月日   | 平成 24 年 3月 13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。)   | 6歳頃から運動時の息切れがあり、心不全が強く、浮腫のため体重の急激な増加あり、令和元年11月入院となった。現在、心胸比61%、右室・右房著明に拡大している。本年11月24日の心臓カテーテル検査では、右心圧の著明な上昇を認めている。(125mmHg) |   |                                       |
|  | 障害固定日は診断書作成日より前か同日   |   | 令和 元 年11月15日                          |
|  | 障害固定又は障害確定 (推定)  |   |                                       |
| ⑤ 総合所見   | 現在洗面などはひとりで可能であるが、運動時チアノーゼと呼吸促拍等で全身倦怠があり、継続的な治療を要す。  |   |                                       |
|  | 【将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要・不要】 (再認定の時期令和4年12月)  |   |                                       |
|  | ※将来再確認を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br>症状が〔 軽 快 ・ <input checked="" type="radio"/> 悪 化 〕する見込みがあるため。                               |   |                                       |
| ⑥ その他参考となる合併症状   | 原発性肺高血圧症   |   |                                       |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。  |  |   |                                       |
|  | 令和 元 年 12月 26日   | 病院又は診療所の名称  | 〇〇病院                                  |
|  |  | 所 在 地   | 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地                          |
|  |  | 診療担当科名  | 〇〇 科 医師氏名 〇〇 〇〇                       |
|  |  |   | (記名押印又は署名)                            |
| 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   |  |   |                                       |
|  | <input checked="" type="radio"/> 該当する  | (   | 3 級相当)                                |
|  | <input type="radio"/> 該当しない  |   |                                       |
| 注意1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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 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」(別紙様式)を添付してください。  |  |   |                                       |
| 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁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○でかこむこと。)

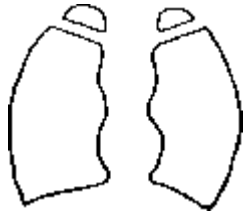
1 臨床所見

- ア 著しい発育障害 (有・無)
- イ 心音・心雑音の異常 (有・無)
- ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)
- エ 運動制限 (有・無)
- オ チアノーゼ (有・無)
- カ 肝腫大 (有・無)
- キ 浮腫 (有・無)

2 検査所見

(1) 胸部X線所見(令和元年12月22日)

- ア 心胸比0.56以上 (有・無)
- イ 肺血流量増又は減 (有・無)
- ウ 肺静脈うつ血像 (有・無)



心胸比 ( 61 ) %

(2) 心電図所見(令和元年12月22日)

- 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(平成28年1月24日)

- ア 冠動脈の狭窄又は閉塞
- イ 冠動脈瘤又は拡張
- ウ その他 右室平均圧52mmHg(正常:14)

**肺高血圧所見あり**

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