

総括表

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 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・不要] (再認定の時期 年 月)
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付けます。		
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		
備考 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。		
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)を添付してください。		
3 障害区分や等級決定のため、富山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。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

(該当するものを○で囲んでください。)

1 臨床所見

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

2 検査所見

(1) 胸部X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 ^{さくそく} |
| イ 冠動脈瘤又は拡張 ^{りゅう} |

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、アダムスストーク発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの