別記第４号様式（第７条関係）

**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  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。）  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 | | | |
| 上記のとおり診断する。併せて次の意見を付す。  　　　　　　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(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）  　　障がいの程度は、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 | | | |
| 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､原因となった疾患には緑内障、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、北海道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）**

|  |
| --- |
| **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）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）    心胸比  （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（右室・左室・両室）・無]  　　　ウ　病的不整脈　　　　　　　　　　　　[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　冠動脈瘤または拡張　　　　　　　　　　（有・無）  　　　ウ　その他  **３　養護の区分**  　（1）６か月～１年ごとの観察　　　　　　　　　　（5）重い心不全、低酸素血症　アダムスストークス  （2）１か月～３か月ごとの観察　　　　　　　　　　　発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの  （3）症状に応じて要医療  （4）継続的要医療  **４　手術の状況**  　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　） |