

診断書の記載要領

- 1 障がい名
部位とその部分の機能の障がいを記載する。
心臓機能障がい
- 2 原因となった疾病・外傷名
障がいをきたすに至ったいわゆる病名を記載する。
記載例：心室中隔欠損、冠動脈硬化症
また、原因となった疾病・外傷の発生した理由については、該当する項目を○で囲む。
該当する項目がない場合は、その他の（ ）内に具体的に記載する。
例（一酸化炭素中毒）
- 3 疾病・外傷発生年月日
疾病の場合又は発生年月日が不明の場合は、医療機関における初診日を記載する。月、日について不明の場合は、年のみに留めることとし、年が不明確な場合は〇〇年頃と記載する。
- 4 参考となる経過・現症
障がい固定に至るまでの経過を簡単に記載する。
なお、現症については、個別の所見欄に該当する項目がある場合は、この欄の記載を省略してもさしつかえない。この場合、所見欄には現症について詳細に記載する。
- 5 総合所見
障がいの状況についての総合的所見を記載する。
個別の所見欄に記載がある場合は、省略してさしつかえないが、生活上の動作、活動に支障がある場合には、個別の所見欄に記載された項目の総合的能力を記載する。
- 6 将来再認定
将来障がいがある程度変化すると予想される次の場合に記載する。なお、参考として再認定の時期についてもその期日（例えば3年後）を記載する。
(1) 成長期に障がいを判定する場合
(2) 進行性病変に基づく障がいを判定する場合
(3) その他認定に当たった医師が、手術等により障がい程度に変化が予測されると判定する場合
- 7 その他参考となる合併症状
複合障がいの等級について総合認定する場合に必要なので、他の障がい（当該診断書に記載事項のないもの）についての概略を記載することが望ましい。
(例 肢体不自由の診断書に「言語障がいあり」等を記載する。)
- 8 身体障害者福祉法第15条第3項の意見
該当すると思われる障がい程度等級を参考として記載する。
なお、障がい等級は都道府県知事・指定都市市長が当該意見を参考とし、現症欄等の記載内容によって決定するものである。
- 9 各障がいの状況及び所見
各障がいの状況及び所見欄は、障がいの状況を判定するために必要な事項について、それぞれの診断書様式に示された測定方法等により厳正に診断し記載する。

身体障がい者診断書・意見書（心臓機能障がい18歳以上用）

氏名	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳	男・女
住所 大阪市 区							
① 障がい名（部位を明記）		心臓機能障がい					
② 原因となった疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷 自然災害・戦災・疾病・先天性 その他（ ）					
③ 疾病・外傷発生年月日		昭和 平成 令和	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 総合所見		障がい固定又は障がい確定（推定） 昭和 平成 令和 年 月 日					
[将来再認定 要（軽度化・重度化） ・ 不要] [再認定の時期 令和 年 月 ・（ ）年後]							
⑥ その他参考となる合併症状							
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 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〔障がい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がいに ・該当する（ 級相当） ・該当しない							
注意 1 障がい区分や等級決定のため、大阪市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。 2 診断書を記載するにあたっては記載要領を参考にしてください。							

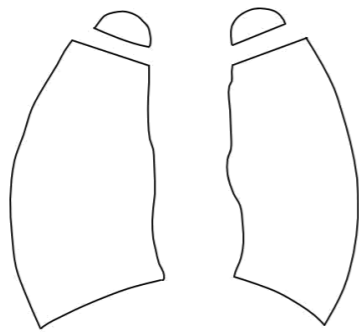
心臓機能障がい（18歳以上用）の状況及び所見

(該当するものを○でかこむこと)

1. 臨床所見

- | | | |
|---------|-------|-------------------------------------|
| ア 動悸 | (有・無) | コ 血圧 (最大 最小) |
| イ 息切れ | (有・無) | サ 心音 |
| ウ 呼吸困難 | (有・無) | シ その他の臨床所見 |
| エ 胸痛 | (有・無) | [] |
| オ 血痰 | (有・無) | |
| カ チアノーゼ | (有・無) | 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 |
| キ 浮腫 | (有・無) | [] |
| ク 心拍数 | | |
| ケ 脈拍数 | | |

2. 胸部エックス線所見 (平成 年 月 日)



心胸比 () %

3. 心電図所見 (平成 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 (ただしV ₁ 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 平成 年 月 日)

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は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起こらないもの。
- 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起こるもの。
- 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。
- オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起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. ペースメーカー (有・無) 平成 年 月 日施術

人工弁移植, 弁置換 (有・無) 平成 年 月 日施術

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

7. 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

身体活動能力の参考となる現症

[]