

身体障害者診断書 ( 障害用)

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
----	----------------------	-----

住所

① 障害名 (部位を明記)

② 原因となった 交通, 労災, その他の事故, 戦傷, 戦災,  
疾病・外傷名 自然災害, 疾病, 先天性, その他( )

③ 疾病・外傷発生日 年 月 日 (頃)・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。)

添付個別所見欄用紙 様式7-7

障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日

⑤ 総合所見 (個別の所見欄用紙を用いた時は, 重複部分の記載を省略してさしつかえありません。)

[将来再認定 (約 年後) 要・不要]

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。

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

印

意見書

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

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」(別様式)を添付してください。
3. 障害区分や等級決定のため, 県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。

等級認定	項目	1種	2種	1級	2級	3級	4級	5級	6級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

備考  等級認定欄内は記入しないでください。

等級認定	項目	1種	2種	1級	2級	3級	4級	5級	6級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

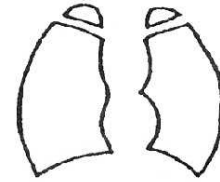
備考  等級認定欄内は記入しないでください。

1 臨床所見 (記入又は該当するものを○でかこむこと)

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

2 胸部X線写真所見

年 月 日



心 胸 比

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

3 心電図所見 (該当するものを○でかこむ) (

年 月 日)

ア. 陳旧性心筋梗塞	有・無	ク. 期外収縮	有・無
イ. 心室負荷像	有 (右室, 左室, 両室)・無	ケ. STの低下	有 mV・無
ウ. 心房負荷像	有 (右房, 左房, 両房)・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
エ. 脚ブロック	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
オ. 完全房室ブロック	有・無	シ. その他の心電図所見	
カ. 不完全房室ブロック	有第 度・無		
キ. 心房細動 (粗動)	有・無		

ス. 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見 ( 年 月 日 発作)

4 活動能力の程度 (該当のアイウエオを○でかこむ)

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著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おこるもの又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 人工臓器 (該当するものを○でかこむ)

人工ペースメーカー 無・有 (手術日 年 月 日)  
植え込み型除細動器

人工弁移植, 弁置換 無・有 (手術日 年 月 日)

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)

※メッツ値について、症状が変動 (重くなったり軽くなったり) する場合は、症状がより重い状態 (メッツ値が一番低い値) を記載してください。