

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ ）歳	男 女
住所 宮城県		
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（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。）		

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 15条指定医  
医師氏名 (印)  
[記名押印又は署名]

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、県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。
- ※ 7級の障害が一つのみ場合は身体障害者手帳の交付対象となりません。

(その1裏)

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。

氏名：

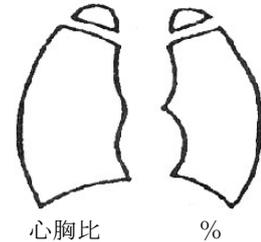
心臓の機能障害の状況及び所見(1) (18歳以上用)

(記入又は該当するものを○でかこむこと)

1 臨床所見 ( 年 月 日)

2 胸部エックス線所見 ( 年 月 日)

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	



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 ( 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 (発作年月日記載) ( 年 月 日 発作)

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 ストークス発作がおこるもの。

※ 活動能力と等級の関係は次のとおりである。

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

5 人工臓器

人工ペースメーカー 有 (手術日 年 月 日) ・無

植え込み型除細動器 有 (手術日 年 月 日) ・無

※ 植え込み型除細動器の除細動機能の最終作動日 有 ( 年 月 日) ・無

人工弁移植、弁置換 有 (手術日 年 月 日) ・無

6 ペースメーカーの適応度

(クラスI・クラスII・クラスIII)

※ 様式7-1に診断の根拠となる検査所見等をガイドラインに従って記すこと。

7 身体活動能力 (運動強度)

( メッツ)

※ 心臓機能以外に由来する身体活動能力低下の要素を含めず、心臓の状態から生じる運動機能の低下について記載すること。

※ 身体活動能力と等級の関係は以下のとおりである。

- 2メッツ未満……………1級相当
- 2メッツ以上4メッツ未満……3級相当
- 4メッツ以上……………4級相当

※ 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、症状がより重度の状態 (メッツ値が一番低い値) を記載してください。