

事例 3

(不適切な事例・4級ではなく非該当)

〔解説〕

障害固定又は障害確定(推定)年月日の記載が必要である。

「養護の区分」では(4)継続的要治療で3級相当に該当するが

これを裏付ける客観的所見が「1 臨床所見」「2 検査所見」のいずれにも認められないこと(非該当)から、非該当である。

なお、「⑤ 総合所見」で、左冠動脈の壁内に一部内膜肥厚を思わせる突出があり、これによる狭窄進行の可能性ありとされているが、明らかな冠動脈の狭窄又は閉塞が認められた段階で再診断を受けることが妥当である。

身体障害者診断書・意見書(心臓機能 障害用)		18歳未満用
総括表		
氏名 ○○○○	平成28年12月15日生	<input checked="" type="radio"/> 男 女
住所 ○○○○○○○○		
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害		
② 原因となった疾病・外傷名	川崎病冠動脈瘤(左)	外傷・自然災害・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
② 疾病・外傷発生年月日	平成29年6月18日	
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
<p>平成29年6月18日(生後6か月)発症。ガンマグロブリン超大量療法及びステロイドパルス療法施行するも、左冠動脈に瘤を合併(7mm)。 平成29年10月心臓カテーテル検査、以後平成30年、令和元年、令和2年にMPeAを施行。平成29年には巨大瘤を前下行枝に認め、以後、徐々に径は改善。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
<p>現在は、左冠動脈起始部4mm、前下行枝3.7mmで退縮傾向にあるが、壁内に一部内膜肥厚を思わせる突出がある。これによる狭窄が進行する可能性あり。 狭窄の進行があれば、心臓カテーテル治療、外科手術も考慮している。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 <input checked="" type="radio"/>要 (軽度化 <input type="radio"/>重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・<input checked="" type="radio"/>3年後・5年後]</p>		
⑥ その他参考となる合併症状 なし		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
<p>令和3年 8月20日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○○病院 電話 ○○(○○)○○○○ 所在地 ○○○○○○○○ 診療担当科名 ○○科 医師氏名 ○○○○ <input checked="" type="radio"/>印</p>		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	<input checked="" type="radio"/> 該当する ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。		

第8号様式(第3条関係)

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○で囲むこと。)

1 臨床所見

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

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (令和3年8月20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(令和3年8月20日)

- ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無)
- イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無)
- ウ その他

3 養護の区分

- (1) 6箇月から1年ごとの観察 (4) 継続的要治療
- (2) 1箇月から3箇月ごとの観察 (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) 症状に応じて要治療

(注) 養護の区分と等級の関係は次のとおりに作られているものである。

- (1) ……非該当 (4) ……3級相当
- (2)、(3) ……4級相当 (5) ……1級相当

4 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)
体内植え込み型除細動器 (有 年 月 日・無)

5 その他の手術の状況

ア 手術の種類 ()

イ 手術年月日 (年 月 日 実施済 ・ 予定)