

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能 障害用) 18歳以上用		
総括表		
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		外傷・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		
④ 参考となる経過・現症(画像診断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(再認定の項目も記入)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">これらの事項も必ず御記入下さい。</div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [将来再認定 要 (軽度化 ・ 重度化) ・ 不要] [再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後] </div>		
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。		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">年 月 日</div>		
病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名		電話 () 科 医師氏名 印
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 ・該当する。 ・該当しない。		障害程度等級についての参考意見 級相当
注 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。		

(日本産業規格A列4番)

第7号様式(第3条関係)

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- | | |
|---------------|--------------|
| 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

2 胸部エックス線所見(年 月 日)

疑義照会で心電図の提出をお願いする場合があります。



心胸比

必ず、検査年月日をご記入ください。

該当無でも、無に○をつけてください。

3 心電図所見(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0.1
mV以上の低下 | (有・無) |

未施行

未施行の場合、このようにご記入ください。

4 その他の心電図所見

5 不整脈発作のある者は発作中の心電図所見(発作年月日記載)

「活動能力の程度」について判定する際の資料になります。

6 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起こらないもの

イ 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、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返す、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

(注) 活動能力の程度と等級の関係は次のとおりに作られているものである。

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

等級判定の際の重要なポイントとなります。

7 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)

該当無でも、無に○をつけてください。

8 ペースメーカーの適応度 (クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)

体内植込み型除細動器の適応度 (クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)

該当する場合は、必ず記入してください。

9 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

10 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)

再認定の要・不要の判断の根拠の一つとなります。

第2号様式(第3条関係)

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	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		外傷・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			
④ 参考となる経過・現症(画像診断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(再認定の項目も記入)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">これらの事項も必ず御記入下さい。</div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [将来再認定 要 (軽度化 ・ 重度化) ・ 不要] [再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後] </div>			
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		電話 ()	
所 在 地		科 医師氏名 印	
診 療 担 当 科 名			
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		障害程度等級についての参考意見	
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する。 ・該当しない。 		級相当	
注 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。			

(日本産業規格A列4番)

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) | オ チアノーゼ | (有・無) |
| イ 心音・心雑音の異常 | (有・無) | カ 肝腫大 | (有・無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (有・無) | キ 浮腫 | (有・無) |
| エ 運動制限 | (有・無) | | |

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (年 月 日)

必ず、検査年月日をご記入ください

疑義照会で心電図の提出をお願いする場合があります。



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) |

未検査の場合を除き、該当無でも無に○をつけてください。

(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(年 月 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) 継続的要医療 |
| (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) 症状に応じて要医療 | |

(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 |

等級判定の際に重要なポイントとなります。

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)

該当無でも無と
ご記入ください。

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)

再認定の際、要・不要の判断
の根拠の一つとなります。