ダウンロード版1/4

第1号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書

総括表　　（ **心臓機能障害　１８歳以上用** ）

氏　名	年　月　日生（　）歳	男・女
住　所		
① 障害名　心 臓 機 能 障 害		
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・外傷発生年月日　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みます。） 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（軽減化・重度化）・　不要　】（再認定時期　年　月）**		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 **年　月　日** **病院又は診療所の名称** **所　在　地** **診療担当科名　科　15 条指定医師氏名**　印		
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**		
備考　１「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、心室中隔欠損症、心筋梗塞(こうそく)等原因となった基礎疾患名を記入してください。 ２　障害区分や等級決定のため、横須賀市社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状況及び所見（１８歳以上用）

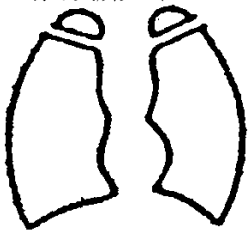
（該当するものを〇で囲んでください。）

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　胸部エックス線写真所見（　　年　　月　　日）



心胸比　　％

３　心電図所見（　　年　　月　　日）

ア　陳旧性心筋梗塞	（ 有 ・ 無 ）
イ　心室負像	（ 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（発作年月日記入）

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、救急医療を繰返し必要としているもの

オ　安静時若しくは自己身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起こるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの

5　手術等の状況

人工弁移植、弁置換　　（ 有 ・ 無 ）（手術日　　年　　月　　日）

ペースメーカ　　（ 有 ・ 無 ）（手術日　　年　　月　　日）→6，7に記載してください。

体内植え込み型除細動器　（ 有 ・ 無 ）（手術日　　年　　月　　日）→6．7に記載してください。

◎体内植え込み型除細動器の植え込み以降に作動した履歴（ 有 ・ 無 ）（作動日　　年　　月　　日）

6　ペースメーカの適応度　　（ クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ ）

注）　不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011 年改定版）に基づき記載すること。

○「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011 年改訂版）」のエビデンスと推奨度のグレード

（1）クラスⅠ：有益であるという根拠があり、適応であることが一般に同意されている

（2）クラスⅡa：有益であるという意見が多いもの

（3）クラスⅡb：有益であるという意見が少ないもの

（4）クラスⅢ：有益でないまたは有害であり、適応でないことで意見が一致している

7　身体活動能力（運動強度）　　（　　メッツ）

注）　身体活動能力質問表（Specific Activity Scale）*等を参考に記載すること。

＊Sasayama S, Asanoi H, Ishizaka S, Miyagi K. Evaluation of functional capacity of patients with congestive heart failure. In：Yasuda H, Kawaguchi H (eds.), New aspects in the treatment of failing heart syndrome. Springer-Verlag, Tokyo. 1992. pp113-117.

●ペースメーカ等（※）を植え込みされた方については、植込みから３年後に再認定を行うこととなっています。再認定の際の障害等級は原則として次の基準により判定します。

※体内植え込み型除細動器（ＩＣＤ、ＣＲＴ－Ｄ）なども同様の扱いとなります。

等級	身体活動能力（運動強度：メッツ）
1級	2メッツ未満
3級	2メッツ以上、4メッツ未満
4級	4メッツ以上

身体活動能力質問表

(Specific Activity Scale)

●問診では、下記について質問してください。
（少しつらい、とてもつらいはどちらも「つらい」に○をしてください。
わからないものには「？」に○をしてください）

1. 夜、楽に眠れますか？(1Met　以下)	はい	つらい	？
2. 横になっていると楽ですか？(1Met　以下)	はい	つらい	？
3. 一人で食事や洗面ができますか？(1.6Mets)	はい	つらい	？
4. トイレは一人で楽にできますか？(2Mets)	はい	つらい	？
5. 着替えが一人でできますか？(2Mets)	はい	つらい	？
6. 炊事や掃除ができますか？(2～3Mets)	はい	つらい	？
7. 自分で布団を敷けますか？(2～3Mets)	はい	つらい	？
8. ぞうきんがけはできますか？(3～4Mets)	はい	つらい	？
9. シャワーを浴びても平気ですか？(3～4Mets)	はい	つらい	？
10. ラジオ体操をしても平気ですか？(3～4Mets)	はい	つらい	？
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか。(3～4Mets)	はい	つらい	？
12. 庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか？(4Mets)	はい	つらい	？
13. 一人で風呂に入れますか？(4～5Mets)	はい	つらい	？
14. 健康な人と同じ速度で２階まで昇っても平気ですか？(5～6Mets)	はい	つらい	？
15. 軽い農作業(庭掘りなど)はできますか？(5～7Mets)	はい	つらい	？
16. 平地で急いで 200m 歩いても平気ですか？(6～7Mets)	はい	つらい	？
17. 雪かきはできますか？(6～7Mets)	はい	つらい	？
18. テニス(又は卓球)をしても平気ですか？ (6～7Mets)	はい	つらい	？
19. ジョギング(時速 8km 程度)を 300～400m しても平気ですか？(7～8Mets)	はい	つらい	？
20. 水泳をしても平気ですか？(7～8Mets)	はい	つらい	？
21. なわとびをしても平気ですか？(8Mets　以上)	はい	つらい	？

症状が出現する最小運動量 ＿＿＿＿ Ｍｅｔｓ

※ Met: metabolic equivalent（代謝当量）の略。安静坐位の酸素摂取量（3.5ml/kg 体重/分）を 1Met として活動時の摂取量が何倍かを示し、活動強度の指標として用いる。

ダウンロード版案内

身体障害者手帳の申請手続きについてのご案内

身体障害者手帳の交付を申請するためには、障害者手帳を取得する方の以下ものが必要となります。

なお、診断書をおとりになっても、身体障害者手帳が交付されない場合がありますので、手帳取得要件・基準に該当しているか事前に指定医師にご相談ください。

身体障害者手帳は申請から交付まで約１カ月程度かかります。ご了承ください。

◎　**診断書**　　申請日より３か月以内に身体障害者福祉法第 15 条に定める指定を受けた医師が記載したもの
(指定医師についてご不明の方は障害福祉課へお問い合わせください)

◎　**写　真**　　１枚

・たて４ｃｍよこ３ｃｍのものでご本人の顔がはっきりと写っているもの（上半身を写したもの）
・一年以内に撮影したもので、帽子等をかぶっていないもの。

◎　**マイナンバーのわかるもの**

マイナンバーカード、マイナンバー通知等

◎　**代理人の本人確認書類及び委任状など**

代理人が申請する場合のみ

補足

- 障害の区分（内容）によって診断書の種類が異なります。間違った種類の診断書をとっていただいても、障害者手帳が交付されない場合がありますのでご注意ください。
- 手帳取得に係る費用については自己負担となり、手帳交付対象とならなかった場合でも返金等は致しかねます。ご了承ください。

※　申請窓口は、市役所分館１階の障害福祉課です。
ＴＥＬ０４６－８２２－８２４８