

事例 6

(不適切な事例・心電図等の該当所見なし)

〔解説〕

「活動能力の程度」はウで4級相当であるが、これを裏付ける心電図等の該当所見がない。

このように、活動能力の程度と客観的な所見の間に著しい不均衡がある場合は、第一義的には診断書を作成した指定医に詳細を確認するなどの対処が必要であり、不均衡のまま重度の方の所見をもって等級決定することは適当ではない。

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 ○○○○	昭和36年12月10日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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	弓部大動脈瘤	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	令和2年10月20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>38歳頃より高血圧で治療を受ける。46歳の時脳塞栓症、左不全麻痺。R2. 10. 20突然声が出なくなり嚥下困難も出現。R3. 1. 弓部動脈瘤指摘される。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 1月 日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
<p>弓部大動脈瘤 (径約6cm大)</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 <input checked="" type="radio"/>要 <input checked="" type="radio"/>軽度化 <input type="radio"/>重度化]・不要 [再認定の時期 <input checked="" type="radio"/>1年後 <input type="radio"/>3年後・5年後]</p>		
⑥ その他参考となる合併症状 高血圧症、左反回神経麻痺による嘔声		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>令和3年 4月14日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○○病院 電話 ○○(○○)○○○○</p> <p>所在地 ○○○○○○○○</p> <p>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 <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">4 級相当</p>	
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)

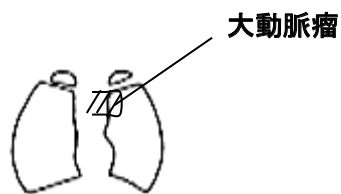
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- | | | | |
|---------|---|------------|---|
| ア 動悸 | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) | キ 浮腫 | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| イ 息切れ | (有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>) | ク 心拍数 | 68 |
| ウ 呼吸困難 | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) | ケ 脈拍数 | 68 |
| エ 胸痛 | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) | コ 血圧 | (最大150、最小90) |
| オ 血痰 | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) | サ 心音 | 雑音(一) |
| カ チアノーゼ | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) | 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(令和3年 2月18日)



心胸比 50%

3 心電図所見(令和3年 2月18日)

- | | |
|---|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室> <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有 第 度 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (有・ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| ケ STの低下 | (有 mV <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| 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・ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの
0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) |

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)

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して、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て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で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

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)

体内植え込み型除細動器 (有 年 月 日・ 無)

8 ペースメーカーの適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

体内植え込み型除細動器の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

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)