

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能 (18歳未満) 障害用)

児

氏名	年 月 日生	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・外傷発生日	年 月 日	場所
4. 参考となる治療等の経過・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(重度化・その他)不要 ] 再認定年月 年 月		
6. その他の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		
勤務先 (所在地・名称・電話番号)	身体障害者福祉法 科 第15条指定医師氏名	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、例えば両眼失明、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、角膜混濁、先天性難聴、脳血管障害、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入して下さい。
  2. 障害区分や等級決定のため、大阪府社会福祉審議会から改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

