

新		旧	
第4 心臓機能障害 1～3 略		第4 心臓機能障害 1～3 略	
問	答	問	答
<p>(1)先天性心疾患による心臓機能障害をもつ者が満18歳以降に新規で手帳申請した場合、診断書及び認定基準は、それぞれ「18歳以上用」と「18歳未満用」のどちらを用いるのか。</p> <p><u>(2)問答(1)において、新規で手帳申請した場合の取扱いについて示されているが、再認定の場合における診断書や認定基準も同様の取扱いとなるのか。</u></p> <p>(3)大動脈と冠動脈のバイパス手術を行う予定の者が、更生医療で</p>	<p>(1)それぞれ「18歳以上用」のものを使うことが原則であるが、成長の度合い等により、「18歳以上用」の診断書や診断基準を用いることが不適当な場合は、適宜「18歳未満用」により判定することも可能である。</p> <p><u>(2)同様の取扱いである。</u></p> <p>(3)手術前の状態が認定基準に該当していれば認定可能である。な</p>	<p>(1)先天性心疾患による心臓機能障害をもつ者が満18歳以降に新規で手帳申請した場合、診断書及び認定基準は、それぞれ「18歳以上用」と「18歳未満用」のどちらを用いるのか。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(2)大動脈と冠動脈のバイパス手術を行う予定の者が、更生医療で</p>	<p>(1)それぞれ「18歳以上用」のものを使うことが原則であるが、成長の度合い等により、「18歳以上用」の診断書や診断基準を用いることが不適当な場合は、適宜「18歳未満用」により判定することも可能である。</p> <p>(2)手術前の状態が認定基準に該</p>

<p>心臓手術を受けるために、身体障害者手帳交付申請があったが、認定できるか。</p>	<p>お、術後再認定を行うように指導する。</p> <p>また、バイパス手術の実施のみをもって心臓機能障害と認定することは適当ではない。</p>	<p>心臓手術を受けるために、身体障害者手帳交付申請があったが、認定できるか。</p>	<p>お、術後再認定を行うように指導する。</p> <p>また、バイパス手術の実施のみをもって心臓機能障害と認定することは適当ではない。</p>
<p>(4)18 歳以上用の診断書の「3 心電図所見」の「シ その他の心電図所見」及び「ス 不整脈があるものでは発作中の心電図所見」の項目があるが、認定基準及び認定要領等にはその取扱いの記載がないが、これらの検査データはどのように活用されるのか。</p>	<p>(4) 診断医が「活動能力の程度」等について判定する際の根拠となり得るとの理由から、シ・スの二項目が加えられており、必要に応じて当該検査を実施し、記載することとなる。</p>	<p>(3)18 歳以上用の診断書の「3 心電図所見」の「シ その他の心電図所見」及び「ス 不整脈があるものでは発作中の心電図所見」の項目があるが、認定基準及び認定要領等にはその取扱いの記載がないが、これらの検査データはどのように活用されるのか。</p>	<p>(3) 診断医が「活動能力の程度」等について判定する際の根拠となり得るとの理由から、シ・スの二項目が加えられており、必要に応じて当該検査を実施し、記載することとなる。</p>
<p>(5)ペースメーカー等を植え込みしたもので、「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)、「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)、「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)はど</p>	<p>(5) ア 植え込み直後(植え込みから3年以内)の判断については、次のとおりとする。</p> <p>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)とは、日本循環器学会の「不整脈</p>	<p>(4)ペースメーカー等を植え込みしたもので、「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)、「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)、「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)はど</p>	<p>(4) ア 植え込み直後(植え込みから3年以内)の判断については、次のとおりとする。</p> <p>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)とは、日本循環器学会の「不整脈</p>

<p>のように判断するのか。</p>	<p>の非薬物治療ガイドライン」 (2011年改訂版)のクラスⅠに相当するもの、又はクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。</p> <p>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。</p> <p>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。</p> <p>イ 植え込みから3年以内に再認定を行うこととするが、その際の判断については次の通りとする。</p> <p>「自己の身の辺の日常生活活動が</p>	<p>のように判断するのか。</p>	<p>の非薬物治療ガイドライン」 (2011年改訂版)のクラスⅠに相当するもの、又はクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。</p> <p>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。</p> <p>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。</p> <p>イ 植え込みから3年以内に再認定を行うこととするが、その際の判断については次の通りとする。</p> <p>「自己の身の辺の日常生活活動が</p>
--------------------	--	--------------------	--

<p>(6) 発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例にペースメーカを植え込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上ペースメーカの機能は用いられなくなっている。この場合、再認定等の際の等級は、どのように判定すべきか。</p>	<p>「極度に制限されるもの」(1級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。</p> <p>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。</p> <p>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。</p> <p>(6) 認定基準の18歳以上の1級のイ「ペースメーカ等を植え込み、自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカ等を植え込みましたもの、3級のイ「ペースメーカ等を植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」及び4級のウ「ペースメー</p>	<p>(5) 発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例にペースメーカを植え込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上ペースメーカの機能は用いられなくなっている。この場合、再認定等の際の等級は、どのように判定すべきか。</p>	<p>「極度に制限されるもの」(1級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。</p> <p>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。</p> <p>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。</p> <p>(5) 認定基準の18歳以上の1級のイ「ペースメーカ等を植え込み、自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカ等を植え込みましたもの、3級のイ「ペースメーカ等を植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」及び4級のウ「ペースメー</p>
--	--	--	--

<p>カ等を植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</p> <p>(7) 人工弁移植、弁置換に関して、</p> <p>ア 牛や豚の弁を移植した場合も、人工弁移植、弁置換として認定してよいか。</p> <p>イ また、僧帽弁閉鎖不全症により人工弁輪移植を行った場合も、アと同様に認定してよいか。</p> <p>(8) 本人の肺動脈弁を切除して大動脈弁に移植し、切除した肺動脈弁の部位に生体弁(牛の弁)を移植した場合は、「人工弁移植、弁置換を行ったもの」に該当すると考えてよいか。</p> <p>(9) 肺高血圧症に起因する肺性心</p>	<p>カ等を植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</p> <p>(7)</p> <p>ア 機械弁に限らず、動物の弁(生体弁)を移植した場合も同様に取扱いすることが適当である。</p> <p>イ 人工弁輪による弁形成術のみをもって、人工弁移植、弁置換と同様に取扱うことは適当ではない。</p> <p>(8) 肺動脈弁を切除した部位に新たに生体弁を移植していることから、1級として認定することが可能である。</p> <p>(9) 二次的障害であっても、その</p>	<p>カ等を植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</p> <p>(6) 人工弁移植、弁置換に関して、</p> <p>ア 牛や豚の弁を移植した場合も、人工弁移植、弁置換として認定してよいか。</p> <p>イ また、僧帽弁閉鎖不全症により人工弁輪移植を行った場合も、アと同様に認定してよいか。</p> <p>(7) 本人の肺動脈弁を切除して大動脈弁に移植し、切除した肺動脈弁の部位に生体弁(牛の弁)を移植した場合は、「人工弁移植、弁置換を行ったもの」に該当すると考えてよいか。</p> <p>(8) 肺高血圧症に起因する肺性心</p>	<p>カ等を植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</p> <p>(6)</p> <p>ア 機械弁に限らず、動物の弁(生体弁)を移植した場合も同様に取扱いすることが適当である。</p> <p>イ 人工弁輪による弁形成術のみをもって、人工弁移植、弁置換と同様に取扱うことは適当ではない。</p> <p>(7) 肺動脈弁を切除した部位に新たに生体弁を移植していることから、1級として認定することが可能である。</p> <p>(8) 二次的障害であっても、その</p>
--	--	--	--

<p>により、心臓機能に二次的障害が生じた場合、検査所見及び活動能力の程度が認定基準に該当する場合は、心臓機能障害として認定できるか。</p>	<p>心臓機能の障害が認定基準に該当し、かつ、永続するものであれば、心臓機能障害として認定することが適当である。</p>	<p>により、心臓機能に二次的障害が生じた場合、検査所見及び活動能力の程度が認定基準に該当する場合は、心臓機能障害として認定できるか。</p>	<p>心臓機能の障害が認定基準に該当し、かつ、永続するものであれば、心臓機能障害として認定することが適当である。</p>
<p>(10) 解離性大動脈あるいは大動脈瘤に起因する障害は極めて心臓機能障害に類似しており、かつ日常生活活動が著しく制限されるため、心臓機能障害に準じて障害認定の対象範囲に含めることができるか。</p>	<p>(10) 心臓機能障害として障害認定の対象となりうるのは、心臓そのものの機能障害及び心臓に直接影響を及ぼすと思われる上行大動脈及び大動脈弓部に起因する機能障害に限られるものである。</p>	<p>(9) 解離性大動脈あるいは大動脈瘤に起因する障害は極めて心臓機能障害に類似しており、かつ日常生活活動が著しく制限されるため、心臓機能障害に準じて障害認定の対象範囲に含めることができるか。</p>	<p>(9) 心臓機能障害として障害認定の対象となりうるのは、心臓そのものの機能障害及び心臓に直接影響を及ぼすと思われる上行大動脈及び大動脈弓部に起因する機能障害に限られるものである。</p>
<p>(11) 心臓機能障害について、心電図所見と活動能力の程度が一致しない場合、等級をどのように認定すべきか。例えば、 ア 心電図所見が1級相当であり、活動能力の程度が3級相当の場合 イ 心電図所見が3級相当であり、活動能力の程度が1級相当の</p>	<p>(11) 活動能力の程度とこれを裏付ける客観的所見(主に胸部エックス線所見及び心電図所見)により認定を行う。具体的には、 ア 活動能力の程度は3級相当であり、客観的所見は3級(以上)を裏付けるものであることから、等級は3級相当と判断する。 イ 活動能力の程度は1級相当で</p>	<p>(10) 心臓機能障害について、心電図所見と活動能力の程度が一致しない場合、等級をどのように認定すべきか。例えば、 ア 心電図所見が1級相当であり、活動能力の程度が3級相当の場合 イ 心電図所見が3級相当であり、活動能力の程度が1級相当の</p>	<p>(10) 活動能力の程度とこれを裏付ける客観的所見(主に胸部エックス線所見及び心電図所見)により認定を行う。具体的には、 ア 活動能力の程度は3級相当であり、客観的所見は3級(以上)を裏付けるものであることから、等級は3級相当と判断する。 イ 活動能力の程度は1級相当で</p>

<p>場合</p> <p>(12) 肢体不自由などで身体活動能力（メッツ）が測定できない場合は、どのように評価をすればよいのか。</p> <p>(13) ペースメーカー等の植え込みから3年を経過した者からの新規申請の場合、問答（4）（イ）の基準を用いればよいか。 また、再認定の必要があるか。</p> <p>(14) ペースメーカー等を植え込みした者について、クラスやメッツの値では3級相当の障害であるが、心臓機能障害の認定基準の1（1）ア（4級の場合は1（2）ア）を満たす所見が認められる場合、上位の等級に認定してよい</p>	<p>あるが、客観的所見は3級相当しか裏付けていないことから、等級は3級相当と判断する。</p> <p>(12) 障害の状態によって評価が困難な場合には、植え込み後の心機能の検査所見等から類推するなど、医学的見地に基づき判断する。</p> <p>(13) お見込みのとおり。 なおこの場合、更なる再認定の必要はない。</p> <p>(14) お見込みのとおり、上位の等級に認定しても差し支えない。なお、3年以内の再認定は必要である。</p>	<p>場合</p> <p>(11) 肢体不自由などで身体活動能力（メッツ）が測定できない場合は、どのように評価をすればよいのか。</p> <p>(12) ペースメーカー等の植え込みから3年を経過した者からの新規申請の場合、問答（4）（イ）の基準を用いればよいか。 また、再認定の必要があるか。</p> <p>(13) ペースメーカー等を植え込みした者について、クラスやメッツの値では3級相当の障害であるが、心臓機能障害の認定基準の1（1）ア（4級の場合は1（2）ア）を満たす所見が認められる場合、上位の等級に認定してよい</p>	<p>あるが、客観的所見は3級相当しか裏付けていないことから、等級は3級相当と判断する。</p> <p>(11) 障害の状態によって評価が困難な場合には、植え込み後の心機能の検査所見等から類推するなど、医学的見地に基づき判断する。</p> <p>(12) お見込みのとおり。 なおこの場合、更なる再認定の必要はない。</p> <p>(13) お見込みのとおり、上位の等級に認定しても差し支えない。なお、3年以内の再認定は必要である。</p>
--	--	--	--

か。また、再認定は必要か。

か。また、再認定は必要か。

診断書・意見書の記載上の注意【心臓】 略

診断書・意見書の記載上の注意【心臓】 略

第六号様式（第八条）

身体障害者診断書・意見書（心臓 障害用）

記載例
(ペースメーカー)

氏名	〇 〇 〇 〇	昭和〇〇年〇月〇日生	〇〇歳	男	女
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇				
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	洞不全症候群 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・外傷発症年月日	令和4年 月 日	頃	日	場所	不明瞭の場合は、初診 日又は「～年頃」と記入
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む。)	令和5年12月 〇日、めまい、ふらつきがあり、近医を受診。ホルター心電図検査で有意な洞停止を認め、当院紹介となる。 令和5年4月1日、当院で恒久ペースメーカーカブリミ術を行った。				
⑤ 総合所見 今後とも恒久的なペーシングを必要とし、定期的な経過観察を必要とする。	障害固定又は障害確定 (確定) 令和5年 4月 1日 [将来再認定 (要) (不要) (再認定の時期) 令和5年 4月]				
⑥ その他参考となる合併症状	[]				

※ペースメーカー等の植え込み直後の診断の場合は、必ず再認定の時期を記入すること。
先天性疾患によりペースメーカー等を植え込んだ場合、必ずその旨を明記すること。

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

令和5年 4月 〇〇日 病院又は診療所の名称 △△病院 △△市△△町△△△
所在地 △△ 科 医師氏名 △△ △△
担当診療科名 △△ 科 医師氏名 △△ △△
⑥

身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級]については、参考意見を記入し、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 () (4 級相当) 該当しない () と記入してください。

1 障害名には、現在起こっている障害、例えは前項らう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性疾患、脳神経障害等原因となった疾患名を記入してください。
2 「障害の発現及び所見を記載した事項」(別様式)を添付してください。
3 資料提出指導書の選定の基準を要する疾病については、「資料提出による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。
4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。

心臓の機能障害の状態及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

- 臨床所見 (令和5年4月〇〇日)
 - ア 動悸 (有・無) キ 浮腫 (有・無)
 - イ 息切れ (有・無) ク 心拍数 (50)
 - ウ 呼吸困難 (有・無) ケ 脈拍数 (50)
 - エ 胸痛 (有・無) コ 血圧 (最大 90 最小50)
 - オ 胸筋痛 (有・無) サ 心音
 - カ テアノーゼ (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
- 胸部エックス線所見 (令和5年4月〇〇日)
 - ※ 診断から6カ月以内の所見であること。



心 胸 比 (50%)

- 心電図所見 (令和5年4月〇〇日)
 - ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
 - イ 心室負荷像 (有・無) 左室 両室 > (有・無)
 - ウ 心房負荷像 (有・無) 左房 両房 > (有・無)
 - エ 脚ブロック (有・無)
 - オ 完全房室ブロック (有・無) 度 (有・無)
 - カ 不完全房室ブロック (有・無)
 - キ 心房細動 (粗動) (有・無)
 - ク 期外収縮 (有・無)
 - ケ ST の低下 (有・無) mV (有・無)
 - コ 第I誘導、第II誘導及び脚部誘導 (ただし、V1を除く。)のいずれかかTの波幅 (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 (発作年月日記載)

第六号様式（第八条）

身体障害者診断書・意見書（心臓 障害用）

記載例
(ペースメーカー)

氏名	〇 〇 〇 〇	令和〇〇年〇月〇日生	〇〇歳	男	女
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇				
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	洞不全症候群 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・外傷発症年月日	平成30年 月 日	頃	日	場所	不明瞭の場合は、初診 日又は「～年頃」と記入
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む。)	平成30年12月 〇日、めまい、ふらつきがあり、近医を受診。ホルター心電図検査で有意な洞停止を認め、当院紹介となる。 平成31年4月1日、当院で恒久ペースメーカーカブリミ術を行った。				
⑤ 総合所見 今後とも恒久的なペーシングを必要とし、定期的な経過観察を必要とする。	障害固定又は障害確定 (確定) 平成31年 4月 1日 [将来再認定 (要) (不要) (再認定の時期) 34年 4月]				
⑥ その他参考となる合併症状	[]				

※ペースメーカー等の植え込み直後の診断の場合は、必ず再認定の時期を記入すること。
先天性疾患によりペースメーカー等を植え込んだ場合、必ずその旨を明記すること。

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

平成31年 4月 〇〇日 病院又は診療所の名称 △△病院 △△市△△町△△△
所在地 △△ 科 医師氏名 △△ △△
担当診療科名 △△ 科 医師氏名 △△ △△
⑥

身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級]については、参考意見を記入し、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 () (4 級相当) 該当しない () と記入してください。

1 障害名には、現在起こっている障害、例えは前項らう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性疾患、脳神経障害等原因となった疾患名を記入してください。
2 「障害の発現及び所見を記載した事項」(別様式)を添付してください。
3 資料提出指導書の選定の基準を要する疾病については、「資料提出による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。
4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。

心臓の機能障害の状態及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

- 臨床所見 (平成31年4月〇〇日)
 - ア 動悸 (有・無) キ 浮腫 (有・無)
 - イ 息切れ (有・無) ク 心拍数 (50)
 - ウ 呼吸困難 (有・無) ケ 脈拍数 (50)
 - エ 胸痛 (有・無) コ 血圧 (最大 90 最小50)
 - オ 胸筋痛 (有・無) サ 心音
 - カ テアノーゼ (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
- 胸部エックス線所見 (平成31年4月20日)
 - ※ 診断から6カ月以内の所見であること。



心 胸 比 (50%)

- 心電図所見 (平成31年4月20日)
 - ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
 - イ 心室負荷像 (有・無) 左室 両室 > (有・無)
 - ウ 心房負荷像 (有・無) 左房 両房 > (有・無)
 - エ 脚ブロック (有・無)
 - オ 完全房室ブロック (有・無) 度 (有・無)
 - カ 不完全房室ブロック (有・無)
 - キ 心房細動 (粗動) (有・無)
 - ク 期外収縮 (有・無)
 - ケ ST の低下 (有・無) mV (有・無)
 - コ 第I誘導、第II誘導及び脚部誘導 (ただし、V1を除く。)のいずれかかTの波幅 (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 (発作年月日記載)

4 活動能力の程度 (令和5年4月〇〇日)

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穏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穏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頓断発作を繰り返す、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穏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 家庭内での極めて穏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頓断発作を起し、救急医療を繰り返しているもの

オ 安静時若しくは自己周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り返してアダムスストークス発作が起こるもの

※活動能力の程度と等級の関係は次のとおり作られている。

ア：非該当 イ：ウ：4級相当 エ：3級相当 オ：1級相当

5 ベースメーカ (有・無)(5年4月1日施行)
体内植込み型除細動器 (有・無)(年 月 日施行)
ペースメーカ等の適応度 (クラスI・クラスII・クラスIII) (4メッツ)
身体活動能力 (運動強度)

6 人工弁移植・弁置換 (有(弁・無)) (年 月 日施行)
心臓移植 (有・無) (年 月 日施行)

※ペースメーカ等をご記入いただく場合には、クラス、メッツを記載する。
メッツは診断時の状態を記載する。

4 活動能力の程度 (平成31年4月〇〇日)

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穏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穏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頓断発作を繰り返す、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穏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 家庭内での極めて穏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頓断発作を起し、救急医療を繰り返しているもの

オ 安静時若しくは自己周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り返してアダムスストークス発作が起こるもの

※活動能力の程度と等級の関係は次のとおり作られている。

ア：非該当 イ：ウ：4級相当 エ：3級相当 オ：1級相当

5 ベースメーカ (有・無)(31年4月1日施行)
体内植込み型除細動器 (有・無)(年 月 日施行)
ペースメーカ等の適応度 (クラスI・クラスII・クラスIII) (4メッツ)
身体活動能力 (運動強度)

6 人工弁移植・弁置換 (有(弁・無)) (年 月 日施行)
心臓移植 (有・無) (年 月 日施行)

※ペースメーカ等をご記入いただく場合には、クラス、メッツを記載する。
メッツは診断時の状態を記載する。

第六号様式(第八号) 身体障害者診断書・意見書 (心臓 障害用)

様括表

氏名	〇 〇 〇 〇	昭和 〇〇年〇月〇日生 (〇〇) 歳	男 (女)
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇		
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	心筋梗塞 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・外傷発生日月	昭和 4年 7 月 頃	日・場所	不明理由の場合は、初診日又は1〜年頃と記入
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む。)	五年の夏頃から胸痛の発作があり、徐々に悪化したため、当病院にてPCIを平成 4年 12月 10日に施行した。 現在も胸痛症状の悪化を認め、日常生活に大きな支障がある。		
⑤ 総合所見	術後も胸痛症状が強く、今後症状が改善しなければ、手術 (バイパス術) を検討している。 (特筆再認定 (要) (不要) (再認定の時期) 令和 7年 12 月)		
⑥ その他参考となる合併症状	※ 手術予定の場合は、術名を記入 ※ 再認定の場合、判断理由を記入 ※ 再認定不要の場合は、不要とした理由を記入		

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

令和 5 年 4 月 〇〇 日
病院又は診療所の名称 〇〇病院
所在地 〇〇市〇〇町〇〇
担当診療科名 〇〇科 医師氏名 〇〇

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 () 相当する (4 級相当)
・該当しない

注
1 障害名には、現症に基づく障害、併発病(例えは糖尿病、心臓機能障害等)を記入し、併発となった疾病には、先天的要因、手術後発症等発症となった疾患名を記入してください。
2 先天的要因、手術後発症等発症となった疾患名を記入し、(併発病)を併記してください。
3 資料(電図検査等の)の診断を下す事例については、「障害診断による診断書・意見書」(別紙の)を併記してください。
4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から認められなければならない場合があります。

心臓の機能障害の状態及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

- 1 臨床所見 (令和 5 年 4 月 〇〇日)
- ア 動悸 (有・無) キ 浮腫 (有・無)
 - イ 息切れ (有・無) ク 心拍数 (50)
 - ウ 呼吸困難 (有・無) ケ 脈拍数 (50)
 - エ 胸痛 (有・無) コ 血圧 (最大 90 最小50)
 - オ 心臓病 (有・無) サ 心音
 - カ アナローゼ (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 (令和 5 年 4 月 〇〇日)
※ 診断から6カ月以内の所見であること。



心 胸 比 (5.5%)

- 3 心電図所見 (令和 5 年 4 月 〇〇日)
- ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
 - イ 心室負荷後 (有・右室 左室 両室 > (有・無))
 - ウ 心房負荷後 (有・右房 左房 両房 > (有・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・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、V1を除く。)のいづれかの 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 (発作年月日記載)

第六号様式(第八号) 身体障害者診断書・意見書 (心臓 障害用)

様括表

氏名	〇 〇 〇 〇	昭和 〇〇年〇月〇日生 (〇〇) 歳	男 (女)
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇		
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	心筋梗塞 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・外傷発生日月	平成 30年 7 月 頃	日・場所	不明理由の場合は、初診日又は1〜年頃と記入
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む。)	五年の夏頃から胸痛の発作があり、徐々に悪化したため、当病院にてPCIを平成 30年 12月 10日に施行した。 現在も胸痛症状の悪化を認め、日常生活に大きな支障がある。		
⑤ 総合所見	術後も胸痛症状が強く、今後症状が改善しなければ、手術 (バイパス術) を検討している。 (特筆再認定 (要) (不要) (再認定の時期) 令和 7年 12 月)		
⑥ その他参考となる合併症状	※ 手術予定の場合は、術名を記入 ※ 再認定の場合、判断理由を記入 ※ 再認定不要の場合は、不要とした理由を記入		

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

平成 31 年 4 月 〇〇 日
病院又は診療所の名称 〇〇病院
所在地 〇〇市〇〇町〇〇
担当診療科名 〇〇科 医師氏名 〇〇

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 () 相当する (4 級相当)
・該当しない

注
1 障害名には、現症に基づく障害、併発病(例えは糖尿病、心臓機能障害等)を記入し、併発となった疾病には、先天的要因、手術後発症等発症となった疾患名を記入してください。
2 先天的要因、手術後発症等発症となった疾患名を記入し、(併発病)を併記してください。
3 資料(電図検査等の)の診断を下す事例については、「障害診断による診断書・意見書」(別紙の)を併記してください。
4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から認められなければならない場合があります。

心臓の機能障害の状態及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

- 1 臨床所見 (平成 31 年 4 月 〇〇日)
- ア 動悸 (有・無) キ 浮腫 (有・無)
 - イ 息切れ (有・無) ク 心拍数 (50)
 - ウ 呼吸困難 (有・無) ケ 脈拍数 (50)
 - エ 胸痛 (有・無) コ 血圧 (最大 90 最小50)
 - オ 心臓病 (有・無) サ 心音
 - カ アナローゼ (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 (平成 31 年 2 月 1 日)
※ 診断から6カ月以内の所見であること。



心 胸 比 (5.5%)

- 3 心電図所見 (平成 31 年 1 月 20 日)
- ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
 - イ 心室負荷後 (有・右室 左室 両室 > (有・無))
 - ウ 心房負荷後 (有・右房 左房 両房 > (有・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・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、V1を除く。)のいづれかの 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 (発作年月日記載)

4 活動能力の程度 (令和5年4月00日)

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穏やか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穏やか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頓断発作を繰り返す、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穏やか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るもの

エ 家庭内での極めて穏やか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るもの又は頻回に頓断発作を起し、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るもの又は繰り返しアタムストークス発作が起るもの

※活動能力の程度と等級の関係は次のとおり作られている。

ア：非該当 イ・ウ：4級相当 エ：3級相当 オ：1級相当

5 ベースメーカ (有・動)(年 月 日施行)
体内植込み型除細動器 (有・動)(年 月 日施行)
ペースメーカ等の適応度 (クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)
身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

6 人工弁移植・弁置換 (有(非)・動)(年 月 日施行)
心臓移植 (有・動)(年 月 日施行)

4 活動能力の程度 (平成31年4月00日)

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穏やか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穏やか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頓断発作を繰り返す、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穏やか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るもの

エ 家庭内での極めて穏やか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るもの又は頻回に頓断発作を起し、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るもの又は繰り返しアタムストークス発作が起るもの

※活動能力の程度と等級の関係は次のとおり作られている。

ア：非該当 イ・ウ：4級相当 エ：3級相当 オ：1級相当

5 ベースメーカ (有・動)(年 月 日施行)
体内植込み型除細動器 (有・動)(年 月 日施行)
ペースメーカ等の適応度 (クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)
身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

6 人工弁移植・弁置換 (有(非)・動)(年 月 日施行)
心臓移植 (有・動)(年 月 日施行)

診断書・意見書の記載上の注意 【じん臓】

1 総括表

(1) ①障害名(部位も明記)

障害部位について、じん臓機能障害と記載すること。

(2) ②原因となった疾病・外傷名

疾病名は腎機能悪化の直接の原因となった腎障害の名称を記載すること。例えば、「慢性腎不全」は原因ではないので、「糖尿病性腎症」のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明な時は疑わしい疾患名を記載すること。

(3) ③疾病・外傷発生日

不明確の場合は推定年月を記入すること。

(4) ④参考となる経過・現症

ア 傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障害認定のうえで参考となる事項を簡潔に記載すること。

イ 腎機能低下の推移が分かるように、透析導入に至るまでの数回、透析導入時、透析導入した後数回の血清クレアチニン濃度(最大間隔透析前値)の数値を本欄又は「6 その他参考となる身体状況 ウ 血清クレアチニン濃度等」に明記する。内因性クレアチンクリアランス値及びeGFRにより認定する場合はその数値を本欄に明記する。その際には検査日を併記すること。

ウ 透析導入時の数値で判断するのではなく、透析導入後の数回の

診断書・意見書の記載上の注意 【じん臓】

1 総括表

(1) ①障害名(部位も明記)

障害部位について、じん臓機能障害と記載すること。

(2) ②原因となった疾病・外傷名

できる限り正確な疾病名を記載すること。例えば、「慢性腎不全」は病名ではないので、「糖尿病性腎症」のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明な時は疑わしい疾患名を記載すること。

(3) ③疾病・外傷発生日

不明確の場合は推定年月を記入すること。

(4) ④参考となる経過・現症

ア 傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障害認定のうえで参考となる事項を簡潔に記載すること。

イ 腎機能低下の推移が分かるように、透析導入に至るまでの数回、透析導入時、透析導入した後数回の血清クレアチニン濃度(最大間隔透析前値)の数値を本欄又は「6 その他参考となる身体状況 ウ 血清クレアチニン濃度等」に明記する。内因性クレアチンクリアランス値及びeGFRにより認定する場合はその数値を本欄に明記する。その際には検査日を併記すること。

ウ 透析導入時の数値で判断するのではなく、透析導入後の数回の

数値で判断すること。（検査日と数値を一覧表にしても可）

エ 障害固定日は、その等級に至った年月日を必ず記載すること。

(5) ⑤総合所見

ア 経過及び現症からみて、障害認定に必要な事項、特にじん臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状況について明記し、併せて将来再認定の要否（1級は『不要』、3・4級は『要』に○）、時期（1級は記載不要、3・4級は推定記入）等を必ず記載すること。

イ 今後永続的に透析療法を要する旨の意見を記入すること。

(6) 診断日、病院又は診療所の名称、所在地、診療担当科名、医師名、㊟漏れなく記載すること。（診断日は、障害固定日以降の日付となるので注意すること。）

2 その他の留意点

(1) 等級判定に当たっては、数値のみでなく、高齢の方や体重の少ない方、日常生活が制限されている方については、患者の現状を考慮した上で等級判定することとしているので、総合所見欄又は別紙に具体的な状況を明記すること。

(2) ボールペン等消しゴムで消えない筆記具で記入すること。

(3) 訂正箇所には診断書・意見書記載医師による訂正印を押印すること。

数値で判断すること。（検査日と数値を一覧表にしても可）

エ 障害固定日は、その等級に至った年月日を必ず記載すること。

(5) ⑤総合所見

ア 経過及び現症からみて、障害認定に必要な事項、特にじん臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状況について明記し、併せて将来再認定の要否（1級は『不要』、3・4級は『要』に○）、時期（1級は記載不要、3・4級は推定記入）等を必ず記載すること。

イ 今後永続的に透析療法を要する旨の意見を記入すること。

(6) 診断日、病院又は診療所の名称、所在地、診療担当科名、医師名、㊟漏れなく記載すること。（診断日は、障害固定日以降の日付となるので注意すること。）

2 その他の留意点

(1) 等級判定に当たっては、数値のみでなく、高齢の方や体重の少ない方、日常生活が制限されている方については、患者の現状を考慮した上で等級判定することとしているので、総合所見欄又は別紙に具体的な状況を明記すること。

(2) ボールペン等消しゴムで消えない筆記具で記入すること。

(3) 訂正箇所には診断書・意見書記載医師による訂正印を押印すること。

第六号様式（第八条） 身体障害者診断書・意見書（じん臓 障害用）

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	性別	〇	生年	〇〇年〇月〇日生	年齢	〇〇歳	性別	男
住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇								
① 障害名（部位を明記）	じん臓機能障害								
② 原因となった疾病・外傷名	糖尿病性腎症 交通 労災 その他の事故 転落 転火 自然災害（ 地震 ） 先天性 その他（ ）								
③ 発病・外傷発生日	平成18年7月7日 場所 不明 ※ 不明の場合は、初診日又は1～年単位を記入								
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む。）	以前から糖尿病でインスリン治療をしていた。平成18年の夏頃から上記診断にて当院で治療開始。その後次第に腎機能が低下。 R.12.15 Cr 6.5 でシャント作成 R.1.31 Cr 8.5（透析導入） ※ 障害認定日は必ず記入 障害認定日は平成18年2月23日								
⑤ 総合所見	※透析導入前後数回の検査結果を「6 その他参考となる身体状況ウ」に記入 腎機能回復の見込みなく、今後も継続的に透析療法を必要とする。 腎機能回復の見込みなく、今後も継続的に透析療法を必要とする。 要（不要） ※ 再認定の場合、判断理由も記入（再認定の時期 年 月）								
⑥ その他参考となる合併症状									

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。
令和5年4月〇〇日 病院又は診療所の名称 △△病院
所在地 △△市△△町△△△
担当診療科名 △△科 医師氏名 △△△ △△△

身体障害者福祉法第16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」（1級相当）と診断しない。

注

- 1 障害名には、現在起こっている障害、明記は願わらう。心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性脳嚢腫、脳脊髄液貯留等所因となった疾患名を記入していただく。
- 2 「障害の発症及び所見を記載した事項」（別欄B）を添付していただく。
- 3 障害程度等級の遷移の時期を要する箇所については、「遷移時期による診断書・意見書」（別欄C）を添付していただく。
- 4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。

腎臓の機能障害の状態及び所見

腎臓の機能（令和5年1月31日） ※必ず記入
（該当するものを○で囲むこと。）

ア 内因性クレアチニンクリアランス値（5.2 ml/分）測定不能
イ 血清クレアチニン濃度（8.5 mg/dl）
ウ 血清尿素窒素濃度（97 mg/dl）
エ 24時間尿量（700 ml/日）
オ 尿所見（尿タンパク(++)、尿潜血(±)）
ク その他参考となる検査所見

2 その他参考となる検査所見
（胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等）心拡大、増殖性糸球体腎症

3 臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入すること。）
ア 腎不全に基づく末梢神経症状（有・無）（ ）
イ 腎不全に基づく消化器症状（有・無）（ ）
ウ 水分電解質異常（有・無）
Na 140 mEq/l K 5.2 mEq/l
Ca 7.2 mEq/dl P 7.4 mEq/dl
浮腫 乏尿 多尿 脱水 肺うつ血
その他（ ）
エ 腎不全に基づく精神異常（有・無）（ ）
オ エックス線写真所見における骨質栄養症（有・無）（高度 中等度 軽度）
カ 腎性貧血（有・無）Hb 6.5 g/dl Ht 19.8 %
赤血球数 $190 \times 10^4 / \text{mm}^3$
キ 代謝性アシドーシス（有・無）(HCO₃) 17.5 mEq/l
ク 重篤な高血圧症（有・無）最大血圧/最小血圧
185 / 90 mmHg
ケ 腎不全に直接関連するその他の症状（有・無）（ ）

第六号様式（第八条） 身体障害者診断書・意見書（じん臓 障害用）

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	性別	〇	生年	〇〇年〇月〇日生	年齢	〇〇歳	性別	男
住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇								
① 障害名（部位を明記）	じん臓機能障害								
② 原因となった疾病・外傷名	糖尿病性腎症 交通 労災 その他の事故 転落 転火 自然災害（ 地震 ） 先天性 その他（ ）								
③ 発病・外傷発生日	平成14年7月7日 場所 不明 ※ 不明の場合は、初診日又は1～年単位を記入								
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む。）	以前から糖尿病でインスリン治療をしていた。平成14年の夏頃から上記診断にて当院で治療開始。その後次第に腎機能が低下。 R.12.15 Cr 6.5 でシャント作成 R.1.31 Cr 8.5（透析導入） ※ 障害認定日は必ず記入 障害認定日は平成14年2月23日								
⑤ 総合所見	※透析導入前後数回の検査結果を「6 その他参考となる身体状況ウ」に記入 腎機能回復の見込みなく、今後も継続的に透析療法を必要とする。 要（不要） ※ 再認定の場合、判断理由も記入（再認定の時期 年 月）								
⑥ その他参考となる合併症状									

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。
平成31年4月〇〇日 病院又は診療所の名称 △△病院
所在地 △△市△△町△△△
担当診療科名 △△科 医師氏名 △△△ △△△

身体障害者福祉法第16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」（1級相当）と診断しない。

注

- 1 障害名には、現在起こっている障害、明記は願わらう。心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性脳嚢腫、脳脊髄液貯留等所因となった疾患名を記入していただく。
- 2 「障害の発症及び所見を記載した事項」（別欄B）を添付していただく。
- 3 障害程度等級の遷移の時期を要する箇所については、「遷移時期による診断書・意見書」（別欄C）を添付していただく。
- 4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。

腎臓の機能障害の状態及び所見

腎臓の機能（平成31年1月31日） ※必ず記入
（該当するものを○で囲むこと。）

ア 内因性クレアチニンクリアランス値（5.2 ml/分）測定不能
イ 血清クレアチニン濃度（8.5 mg/dl）
ウ 血清尿素窒素濃度（97 mg/dl）
エ 24時間尿量（700 ml/日）
オ 尿所見（尿タンパク(++)、尿潜血(±)）
ク その他参考となる検査所見

2 その他参考となる検査所見
（胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等）心拡大、増殖性糸球体腎症

3 臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入すること。）
ア 腎不全に基づく末梢神経症状（有・無）（ ）
イ 腎不全に基づく消化器症状（有・無）（ ）
ウ 水分電解質異常（有・無）
Na 140 mEq/l K 5.2 mEq/l
Ca 7.2 mEq/dl P 7.4 mEq/dl
浮腫 乏尿 多尿 脱水 肺うつ血
その他（ ）
エ 腎不全に基づく精神異常（有・無）（ ）
オ エックス線写真所見における骨質栄養症（有・無）（高度 中等度 軽度）
カ 腎性貧血（有・無）Hb 6.5 g/dl Ht 19.8 %
赤血球数 $190 \times 10^4 / \text{mm}^3$
キ 代謝性アシドーシス（有・無）(HCO₃) 17.5 mEq/l
ク 重篤な高血圧症（有・無）最大血圧/最小血圧
185 / 90 mmHg
ケ 腎不全に直接関連するその他の症状（有・無）（ ）

4 現在までの治療内容

ア 慢性透析療法の実施の有無 (有) (回数 3 / 週) ・ 無

(「有」の場合はイも記載すること。)

イ 透析導入日 (令和5年 1 月 31 日)

5 日常生活の制限による分類 (慢性透析療法を実施している場合は、透析導入前の状態で記入すること。)

ア 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ついて支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

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

ウ 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、それ以上の活動は著しく制限されるもの

(ニ) 自己の周辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

6 その他参考となる身体状況

ア 身長 170 cm

イ 体重 65 kg (ドライウエイト 60 kg)

ウ 血清クレアチニン濃度等

検査日	
Cr (mg/dl)	
BUN (mg/dl)	
Ht (%)	

※ 透析を導入した場合、透析導入前(数回)・透析導入時・透析導入後(数回)における血清クレアチニン濃度等を検査日とともに記入すること。

4 現在までの治療内容

ア 慢性透析療法の実施の有無 (有) (回数 3 / 週) ・ 無

(「有」の場合はイも記載すること。)

イ 透析導入日 (平成31年 1 月 31 日)

5 日常生活の制限による分類 (慢性透析療法を実施している場合は、透析導入前の状態で記入すること。)

ア 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ついて支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

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

ウ 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、それ以上の活動は著しく制限されるもの

(ニ) 自己の周辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

6 その他参考となる身体状況

ア 身長 170 cm

イ 体重 65 kg (ドライウエイト 60 kg)

ウ 血清クレアチニン濃度等

検査日	
Cr (mg/dl)	
BUN (mg/dl)	
Ht (%)	

※ 透析を導入した場合、透析導入前(数回)・透析導入時・透析導入後(数回)における血清クレアチニン濃度等を検査日とともに記入すること。

第6 呼吸器機能障害 (1) ~ (3) 略

診断書・意見書の記載上の注意【呼吸器】 略

第6 呼吸器機能障害 (1) ~ (3) 略

診断書・意見書の記載上の注意【呼吸器】 略

第六号様式（第八条） 身体障害者診断書・意見書（呼吸器 障害用）

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	昭和〇〇年〇月〇日生	〇〇歳	男	女
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇				
① 障害名（部位を明記）	呼吸器機能障害				
② 原因となった疾病・外傷名	肺炎腫瘍 交通 労災 その他（事故 転倒 転落 転倒 転倒） 自然災害（ 地震 ） 先天性 その他（ ）				
③ 疾病・外傷発症年月日	令和3年6月	頃	日	場所	※ 不明瞭の場合は、初診日又は「一歩単位」を記入
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む。）	令和3年6月頃から労作時を中心に呼吸困難があり、労作支気腫瘍などの薬物療法を行っているが、次第にわずかな労作にて呼吸苦を感じるようになり、現在は在宅酸素療法も併用している。 障害固定又は障害確定（確定） 令和5年3月21日				
⑤ 総合所見 呼吸器機能の低下、自覚症状の悪化あり、換気の機能（指数）1.2、7%、動脈血ガス値（O2分圧）4.6、7Torrにより日常生活に程度の制限を認める。	※ 障害固定日は必ず記入				
※ 再認定の場合、判断理由も記入	（再来再認定 要（不要） 年（月））				
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。

令和5年4月〇〇日 病院又は診療所の名称 △△病院

所在地 △△市△△町△△△

担当診療科名 △△科 医師氏名 △△△

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（1級相当）
該当しない

- 注
1. 障害名には、現在診こている障害、傷み及び自覚する、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性疾患、骨質異常等併存した場合は併記しなくてはならない。
 2. 労災等による場合は、労働災害調査報告書に基づき労災認定を記入しなくてはならない。
 3. 「障害の程度及び所見を記載した書面」（別紙の式）を添付しなくてはならない。
 4. 身体機能障害等の選定の判断をする際には、「選料医師による診断書・意見書」（別紙の式）を添付しなくてはならない。
 4. 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。

呼吸器の機能障害の状態及び所見

（該当するものを○で囲むこと。）

1 身体計測	身長 166 cm	体重 60 kg
2 活動能力の程度	ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。 イ 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。 ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。 エ 平坦な道を約100m、あるいは数分歩く息切れのために立ち止まる。 オ 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。	
3 胸部エックス線写真所見（ 令和5年3月21日 ）	ア 胸膜癒着（無・軽度・中等度・高度） イ 気腫化（無・軽度・中等度・高度） ウ 線維化（無・軽度・中等度・高度） エ 不透明肺（無・軽度・中等度・高度） オ 胸郭変形（無・軽度・中等度・高度） カ 心・縦隔の変形（無・軽度・中等度・高度）	
4 換気機能（ 令和5年3月21日 ）	ア 予測肺活量 2.9 L (実測肺活量 〇.〇 L) イ 1秒量 0.3 L (実測努力肺活量 〇.〇 L) ウ 予測肺活量1秒率 12.7% (= $\frac{2.9}{0.3} \times 100$)	
（アについては、下記の予測式を使用して算出すること。）		



※ 「測定不能」の場合、その旨記入
例：〇〇のため測定不能

第六号様式（第八条） 身体障害者診断書・意見書（呼吸器 障害用）

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	昭和〇〇年〇月〇日生	〇〇歳	男	女
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇				
① 障害名（部位を明記）	呼吸器機能障害				
② 原因となった疾病・外傷名	肺炎腫瘍 交通 労災 その他（事故 転倒 転落 転倒 転倒） 自然災害（ 地震 ） 先天性 その他（ ）				
③ 疾病・外傷発症年月日	平成24年6月	頃	日	場所	※ 不明瞭の場合は、初診日又は「一歩単位」を記入
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む。）	平成24年6月頃から労作時を中心に呼吸困難があり、労作支気腫瘍などの薬物療法を行っているが、次第にわずかな労作にて呼吸苦を感じるようになり、現在は在宅酸素療法も併用している。 障害固定又は障害確定（確定） 平成31年2月21日				
⑤ 総合所見 呼吸器機能の低下、自覚症状の悪化あり、換気の機能（指数）1.2、7%、動脈血ガス値（O2分圧）4.6、7Torrにより日常生活に程度の制限を認める。	※ 障害固定日は必ず記入				
※ 再認定の場合、判断理由も記入	（再来再認定 要（不要） 年（月））				
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。

平成31年4月〇〇日 病院又は診療所の名称 △△病院

所在地 △△市△△町△△△

担当診療科名 △△科 医師氏名 △△△

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（1級相当）
該当しない

- 注
1. 障害名には、現在診こている障害、傷み及び自覚する、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性疾患、骨質異常等併存した場合は併記しなくてはならない。
 2. 労災等による場合は、労働災害調査報告書に基づき労災認定を記入しなくてはならない。
 3. 「障害の程度及び所見を記載した書面」（別紙の式）を添付しなくてはならない。
 4. 身体機能障害等の選定の判断をする際には、「選料医師による診断書・意見書」（別紙の式）を添付しなくてはならない。
 4. 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。

呼吸器の機能障害の状態及び所見

（該当するものを○で囲むこと。）

1 身体計測	身長 166 cm	体重 60 kg
2 活動能力の程度	ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。 イ 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。 ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。 エ 平坦な道を約100m、あるいは数分歩く息切れのために立ち止まる。 オ 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。	
3 胸部エックス線写真所見（ 平成31年2月21日 ）	ア 胸膜癒着（無・軽度・中等度・高度） イ 気腫化（無・軽度・中等度・高度） ウ 線維化（無・軽度・中等度・高度） エ 不透明肺（無・軽度・中等度・高度） オ 胸郭変形（無・軽度・中等度・高度） カ 心・縦隔の変形（無・軽度・中等度・高度）	
4 換気機能（ 平成31年2月21日 ）	ア 予測肺活量 2.9 L (実測肺活量 〇.3 L) イ 1秒量 0.3 L (実測努力肺活量 〇.〇 L) ウ 予測肺活量1秒率 12.7% (= $\frac{2.9}{0.3} \times 100$)	
（アについては、下記の予測式を使用して算出すること。）		



※ 「測定不能」の場合、その旨記入
例：〇〇のため測定不能

肺活量予測式 (L)

男性 $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

女性 $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

(予測式の適応年齢は男性 18-91 歳、女性 18-95 歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

5 動脈血ガス (R5 年 3 月 21 日)

ア O₂分圧 【室内気における実測値】 : 46.7 Torr

※室内気下における実測値が測定できない場合は、酸素吸入中での実測値を記載すること。

【酸素吸入中での実測値】 95.5 Torr

酸素投与量 OL/分

酸素投与の方法 nasal

イ CO₂分圧 : 52.8 Torr

ウ pH : 7.32

エ 採血より分析までに時間を要した場合 2 分

オ 耳朶血を用いた場合 : []

6 その他の臨床所見

肺活量予測式 (L)

男性 $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

女性 $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

(予測式の適応年齢は男性 18-91 歳、女性 18-95 歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

5 動脈血ガス (H31 年 2 月 21 日)

ア O₂分圧 【室内気における実測値】 : 46.7 Torr

※室内気下における実測値が測定できない場合は、酸素吸入中での実測値を記載すること。

【酸素吸入中での実測値】 95.5 Torr

酸素投与量 OL/分

酸素投与の方法 nasal

イ CO₂分圧 : 52.8 Torr

ウ pH : 7.32

エ 採血より分析までに時間を要した場合 2 分

オ 耳朶血を用いた場合 : []

6 その他の臨床所見

第7 ぼうこう又は直腸機能障害 1～2 略

診断書・意見書の記載上の注意【ぼうこう・直腸】 略

第7 ぼうこう又は直腸機能障害 1～2 略

診断書・意見書の記載上の注意【ぼうこう・直腸】 略

第8 小腸機能障害 1～3 略

(表1)

日本人の推定エネルギー必要量

年齢 (歳)	エネルギー (Kcal/日)	
	男	女
0～5(月)	550	500
6～8(月)	650	600
9～11(月)	700	650
1～2	950	900
3～5	1,300	1,250
6～7	1,350	1,250
8～9	1,600	1,500

第8 小腸機能障害 1～3 略

(表1)

日本人の推定エネルギー必要量

年齢 (歳)	エネルギー (Kcal/日)	
	男	女
0～5(月)	550	500
6～8(月)	650	600
9～11(月)	700	650
1～2	950	900
3～5	1,300	1,250
6～7	1,350	1,250
8～9	1,600	1,500

10～11	1, 9 5 0	1, 8 5 0	10～11	1, 9 5 0	1, 8 5 0
12～14	2, 3 0 0	2, 1 5 0	12～14	2, 3 0 0	2, 1 5 0
15～17	2, 5 0 0	2, 0 5 0	15～17	2, 5 0 0	2, 0 5 0
18～29	2, 3 0 0	<u>1, 7 0 0</u>	18～29	2, 3 0 0	<u>1, 6 5 0</u>
30～49	2, 3 0 0	1, 7 5 0	30～49	2, 3 0 0	1, 7 5 0
<u>50～64</u>	<u>2, 2 0 0</u>	<u>1, 6 5 0</u>	<u>50～69</u>	<u>2, 1 0 0</u>	<u>1, 6 5 0</u>
<u>65～74</u>	<u>2, 0 5 0</u>	<u>1, 5 5 0</u>	<u>70以上</u>	<u>1, 8 5 0</u>	<u>1, 5 0 0</u>
<u>75以上</u>	<u>1, 8 0 0</u>	<u>1, 4 0 0</u>			

「食事による栄養摂取量の基準」

(令和2年厚生労働省告示第10号)

「食事による栄養摂取量の基準」

(平成27年厚生労働省告示第199号)

診断書・意見書の記載上の注意【小腸】 略

診断書・意見書の記載上の注意【小腸】 略

第六号様式（第八条）
身体障害者診断書・意見書（小腸機能 障害用）

記載例

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	性別	男
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇		
① 障害名（部位を明記）	小腸機能障害		
② 原因となった疾病・外傷名	クローン病		
③ 疾病・外傷発生年月日	平成3.1年 8月 20日・場所	交通 労災 自然災害（ 地震 ）	その他（ 震災 ）
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む。）	不明瞭の場合、初診日又は1～3年以内と記入	※	不明瞭の場合、初診日又は1～3年以内と記入
⑤ 総合所見	現在も成分栄養療法、TNF α 療法を継続中である。 ※ 障害認定日は必ず記入 現在も成分栄養療法、TNF α 療法を継続中である。 ※ 再認定の場合、判断理由も記入（再認定の時期 令和5年12月 ） 〔将来再認定（ 要 ）不要〕		
⑥ その他参考となる合併症状	現在、腸管ストマ造設により、4級の認定を受けている。		

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。
令和5年 4月 〇〇日 病院又は診療所の名称 **△△病院**
所在地 **△△市△△町△△△**
担当診療科名 **△△科** 医師氏名 **△△ △△** ⑥

身体障害者福祉法第15条第9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（ **4級相当**）
・該当しない

注 1. 障害名には、現在起こっている障害、例えば肩こり、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性脚麻痺、骨髄脊髄神経根炎となった障害名を記入してください。
2. 「参考となる経過・現症」(エックス線写真) (明瞭な) (明瞭な) を併記してください。
3. 資料種別記載の選定の順序を要する順序については、「資料種別による診断書・意見書」(別添)を併記してください。
4. 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から送られて問い合わせる場合があります。


小腸の機能障害の状態及び所見

身長 **160 cm** 体重 **36 kg** 体重減少率 **10 %**
(観察期間 **3年間**)

1 小腸切除の場合
(1) 手術所見：
・ 切除小腸の部位 長さ **50 cm**
・ 残存小腸の部位 長さ **250 cm**
(できれば手術室撮影の写真を添付する) >
<手術施行医療機関名
(2) 小腸造影所見 (1)が不明のとき) - (小腸造影の写真を添付する) >
推定残存小腸の長さ・その他の所見
H2.6.6 小腸部分切除施行

2 小腸疾患の場合
病変部位・範囲・その他の参考となる所見
口側回腸部に潰瘍あり

注 1及び2が併存する場合は、その旨を併記すること。
(参考図示)



切除部位 ████████
病変部位 ████████

3 栄養維持の方法 (該当項目に○をする。)
① 中心静脈栄養法：
・ 開始 日 年 月 日
・ カテーテル留置部位
・ 器具の種類
・ 最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 日間)
・ 療法の連続性 (持続的 ・ 間欠的)
・ 熱量 (1日当たり Kcal)

第六号様式（第八条）
身体障害者診断書・意見書（小腸機能 障害用）

記載例

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	性別	男
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇		
① 障害名（部位を明記）	小腸機能障害		
② 原因となった疾病・外傷名	クローン病		
③ 疾病・外傷発生年月日	平成2.7年 8月 20日・場所	交通 労災 自然災害（ 地震 ）	その他（ 震災 ）
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む。）	不明瞭の場合、初診日又は1～3年以内と記入	※	不明瞭の場合、初診日又は1～3年以内と記入
⑤ 総合所見	現在も成分栄養療法、TNF α 療法を継続中である。 ※ 障害認定日は必ず記入 現在も成分栄養療法、TNF α 療法を継続中である。 ※ 再認定の場合、判断理由も記入（再認定の時期 平成3.2年12月 ） 〔将来再認定（ 要 ）不要〕		
⑥ その他参考となる合併症状	現在、腸管ストマ造設により、4級の認定を受けている。		

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。
平成3.1年 4月 〇〇日 病院又は診療所の名称 **△△病院**
所在地 **△△市△△町△△△**
担当診療科名 **△△科** 医師氏名 **△△ △△** ⑥

身体障害者福祉法第15条第9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（ **4級相当**）
・該当しない

注 1. 障害名には、現在起こっている障害、例えば肩こり、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性脚麻痺、骨髄脊髄神経根炎となった障害名を記入してください。
2. 「参考となる経過・現症」(エックス線写真) (明瞭な) (明瞭な) を併記してください。
3. 資料種別記載の選定の順序を要する順序については、「資料種別による診断書・意見書」(別添)を併記してください。
4. 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から送られて問い合わせる場合があります。


小腸の機能障害の状態及び所見

身長 **160 cm** 体重 **36 kg** 体重減少率 **10 %**
(観察期間 **3年間**)

1 小腸切除の場合
(1) 手術所見：
・ 切除小腸の部位 長さ **50 cm**
・ 残存小腸の部位 長さ **250 cm**
(できれば手術室撮影の写真を添付する) >
<手術施行医療機関名
(2) 小腸造影所見 (1)が不明のとき) - (小腸造影の写真を添付する) >
推定残存小腸の長さ・その他の所見
H2.6.6 小腸部分切除施行

2 小腸疾患の場合
病変部位・範囲・その他の参考となる所見
口側回腸部に潰瘍あり

注 1及び2が併存する場合は、その旨を併記すること。
(参考図示)



切除部位 ████████
病変部位 ████████

3 栄養維持の方法 (該当項目に○をする。)
① 中心静脈栄養法：
・ 開始 日 年 月 日
・ カテーテル留置部位
・ 器具の種類
・ 最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 日間)
・ 療法の連続性 (持続的 ・ 間欠的)
・ 熱量 (1日当たり Kcal)

② 経腸栄養法：

- ・ 開始日 平成3.1年 10月 10日
- ・ カテテル留置部位 胃留置(経鼻カテテル)
- ・ 装置の種類 SFREDチューブ
- ・ 最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に ほぼ毎日間)
- ・ 療法の連続性 (持続的 ・ 間欠的)
- ・ 熱量 (1日当たり 900~1,200 Kcal)

③ 経口摂取：

- ・ 摂取の状態 (普通食 流動食 低熱流食)
- ・ 摂取量 (普通量 中等量 少量)

4 便の性状：(下痢)軟便、正常) 排便回数(1日 5、6 回)

5 検査所見(測定日 令和5年 2月 21日)

赤血球数	492 /mm ³	血色素量	10.5 g/dl
血清総蛋白濃度	5.5 g/dl	血清アルブミン濃度	2.2 g/dl
血清総コレステロール濃度	66 mg/dl	中性脂肪	96 mg/dl
血清ナトリウム濃度	139 mEq/l	血清カリウム濃度	8.0 mEq/l
血清クロール濃度	101 mEq/l	血清マグネシウム濃度	2.0 mEq/l
血清カルシウム濃度	4.7 mEq/l		

注

- 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大腸切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大腸切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

② 経腸栄養法：

- ・ 開始日 平成2.7年 10月 10日
- ・ カテテル留置部位 胃留置(経鼻カテテル)
- ・ 装置の種類 SFREDチューブ
- ・ 最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に ほぼ毎日間)
- ・ 療法の連続性 (持続的 ・ 間欠的)
- ・ 熱量 (1日当たり 900~1,200 Kcal)

③ 経口摂取：

- ・ 摂取の状態 (普通食 流動食 低熱流食)
- ・ 摂取量 (普通量 中等量 少量)

4 便の性状：(下痢)軟便、正常) 排便回数(1日 5、6 回)

5 検査所見(測定日 平成3.1年 2月 21日)

赤血球数	492 /mm ³	血色素量	10.5 g/dl
血清総蛋白濃度	5.5 g/dl	血清アルブミン濃度	2.2 g/dl
血清総コレステロール濃度	66 mg/dl	中性脂肪	96 mg/dl
血清ナトリウム濃度	139 mEq/l	血清カリウム濃度	8.0 mEq/l
血清クロール濃度	101 mEq/l	血清マグネシウム濃度	2.0 mEq/l
血清カルシウム濃度	4.7 mEq/l		

注

- 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大腸切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大腸切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

第9 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 1～2 略

診断書・意見書の記載上の注意【免疫】 略

第9 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 1～2 略

診断書・意見書の記載上の注意【免疫】 略

第六号様式 (第八表) 身体障害者診断書・意見書 (免疫機能 障害用)

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	生	〇〇年〇月〇日	生	(〇〇)歳	性	男
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇						
① 障害名 (部位を明記)	免疫機能障害						
② 原因となった疾病・外傷名	HIV感染症 交通 労災 その他(事故 戦傷 暴行) 自然災害(地震) 先天性 その他()						
③ 発病・外傷発生日	年	月	日	場所	※ 不明の場合は、初診日又は「-年-月」と記入		
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む。)	<p>令和4年2月、アムニオニウム検査、大腸鏡検、カリニ肺炎で発症。 令和4年5月に、CMV脳炎合併症。 CD4陽性リンパ球数 20/μl。 ※ 障害固定又は障害確定 (確定) 令和4年 10月 15日</p> <p>※ 個人の秘密に関わる事項を記載する場合、障害認定に必要な部分のみに限定して記入。 (待来再認定 要 (不要) 年 月)</p>						
⑤ その他参考となる合併症状	細菌性(結核菌)肺炎 (再認定の時期)						
⑥ 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	△△病院	所在地	
	令和5	年	4	月	〇〇	市	△△町△△
						区	△△
						科	△△
						医師氏名	△△
<p>身体障害者福祉法第16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)</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 相当する() 相当しない() (1級相当)</p>							
<p>注</p> <p>1 障害名には、現在起こっている障害、病又は障害のうち、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性脳腫瘍、脳神経根炎等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 「障害の程度」及び「併発した事象」(併発)を記入してください。</p> <p>3 併発した障害等の発生の時期を訂する場合は、「併発期間による診断書(意見書)」(別添)を併記してください。</p> <p>4 障害固定又は障害確定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。</p>							

第六号様式 (第八表) 身体障害者診断書・意見書 (免疫機能 障害用)

総括表

氏名	〇 〇 〇 〇	生	〇〇年〇月〇日	生	(〇〇)歳	性	男
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇						
① 障害名 (部位を明記)	免疫機能障害						
② 原因となった疾病・外傷名	HIV感染症 交通 労災 その他(事故 戦傷 暴行) 自然災害(地震) 先天性 その他()						
③ 発病・外傷発生日	年	月	日	場所	※ 不明の場合は、初診日又は「-年-月」と記入		
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む。)	<p>令和3年2月、アムニオニウム検査、大腸鏡検、カリニ肺炎で発症。 平成30年5月に、CMV脳炎合併症。 CD4陽性リンパ球数 20/μl。 ※ 障害固定又は障害確定 (確定) 平成30年 10月 15日</p> <p>※ 個人の秘密に関わる事項を記載する場合、障害認定に必要な部分のみに限定して記入。 (待来再認定 要 (不要) 年 月)</p>						
⑤ その他参考となる合併症状	細菌性(結核菌)肺炎 (再認定の時期)						
⑥ 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	△△病院	所在地	
	平成31	年	4	月	〇〇	市	△△町△△
						区	△△
						科	△△
						医師氏名	△△
<p>身体障害者福祉法第16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)</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 相当する() 相当しない() (1級相当)</p>							
<p>注</p> <p>1 障害名には、現在起こっている障害、病又は障害のうち、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性脳腫瘍、脳神経根炎等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 「障害の程度」及び「併発した事象」(併発)を記入してください。</p> <p>3 併発した障害等の発生の時期を訂する場合は、「併発期間による診断書(意見書)」(別添)を併記してください。</p> <p>4 障害固定又は障害確定のため、地方社会福祉協議会から改めて問い合わせる場合があります。</p>							

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見 (13歳以上用)

1 HIV感染確認日及びその検査方法

HIV感染を確認した日 平成30年10月15日
 (2) については、いずれか1つの検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スタリニング検査法の結果

検査結果	検査法	検査日	検査結果
判定結果	ELISA法	平成30年12月12日	陽性

注 酵素免疫法 (EISA)、粒子凝集法 (PA)、免疫クロマトグラフィー法 (IC) 等の HIV 抗体検査の結果

(2) 抗体確認検査又は HIV 抗体検査の結果

検査結果	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果	Western-Blot法	平成30年10月15日	陽性
HIV 抗体検査の結果	—	年 月 日	陽性、陰性

注

1 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、免疫拡散法 (IFA) 等の検査をいう。

2 「HIV 抗体検査」とは、HIV 抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

3 エイズ発症の状況

4 HIVに感染している、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

診断結果とその診断根拠
カリニ肺炎：喀痰検査により原虫を証明した。 血液ガス分析により動脈血酸素分圧低下。 胸部X線写真上、両肺下肺野に小斑点状の陰影を認める。

注 「診断結果」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999) に規定するものをいう。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見 (13歳以上用)

1 HIV感染確認日及びその検査方法

HIV感染を確認した日 平成30年10月15日
 (2) については、いずれか1つの検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スタリニング検査法の結果

検査結果	検査法	検査日	検査結果
判定結果	ELISA法	平成30年10月12日	陽性

注 酵素免疫法 (EISA)、粒子凝集法 (PA)、免疫クロマトグラフィー法 (IC) 等の HIV 抗体検査の結果

(2) 抗体確認検査又は HIV 抗体検査の結果

検査結果	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果	Western-Blot法	平成30年10月15日	陽性
HIV 抗体検査の結果	—	年 月 日	陽性、陰性

注

1 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、免疫拡散法 (IFA) 等の検査をいう。

2 「HIV 抗体検査」とは、HIV 抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

3 エイズ発症の状況

4 HIVに感染している、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

診断結果とその診断根拠
カリニ肺炎：喀痰検査により原虫を証明した。 血液ガス分析により動脈血酸素分圧低下。 胸部X線写真上、両肺下肺野に小斑点状の陰影を認める。

注 「診断結果」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999) に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため 不参加としての日常生活		不 能 ・ 可 能	
3 CD4陽性リンパ球数(/μl)			
検査日	検査値	平均値	
<u>R4年10月12日</u>	8 /μl		
<u>R5年12月25日</u>	20 /μl	14 /μl	

注 左欄には、4週間以上間隔において実施した連続する2回の検査値を記載し、
右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	<u>R4年10月12日</u>	<u>R5年12月25日</u>
白血球数	2,800 /μl	2,100 /μl
検査日	<u>R4年10月12日</u>	<u>R5年12月25日</u>
Hb量	9.6 g/dl	9.2 g/dl
検査日	<u>R4年10月12日</u>	<u>R5年12月25日</u>
血小板数	480,000 /μl	210,000 /μl
検査日	<u>R4年10月12日</u>	<u>R5年12月25日</u>
HIV-RNA量	12,000 copy/ml	9,000 copy/ml

注 4週間以上の間隔において実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数【 3 個】……①

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	右欄の状況の有無
1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び疲労感が月に7日以上ある。	○・無
検査時に比し10%以上の体重減少がある。	○・無
月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2週間以上続く。	○・無
1日に3回以上の発熱ないし水様下痢が月に7日以上ある。	○・無
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。 【千葉県身体障害者認定基準】第9号ト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害1の(1)のアの」に示す日和見感染症の既往がある。	有・○
生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。	○・無
軽作業を超える作業の回避が必要である。	○・無
日常生活活動制限の数【 7 個】……②	

注

- 1 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。
- 2 「生鮮食品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「閉塞の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「顕著な薬物管理」、「入浴みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

回復不能なエイズ合併症のため不参加としての日常生活	不 能 ・ 可 能
CD4陽性リンパ球数の平均値(/μl)	14 /μl
検査所見の該当数(①)	3 個
日常生活活動制限の該当数(②)	7 個

回復不能なエイズ合併症のため 不参加としての日常生活		不 能 ・ 可 能	
3 CD4陽性リンパ球数(/μl)			
検査日	検査値	平均値	
<u>30年10月12日</u>	8 /μl		
<u>30年12月25日</u>	20 /μl	14 /μl	

注 左欄には、4週間以上間隔において実施した連続する2回の検査値を記載し、
右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	<u>30年10月12日</u>	<u>30年12月25日</u>
白血球数	2,800 /μl	2,100 /μl
検査日	<u>30年10月12日</u>	<u>30年12月25日</u>
Hb量	9.6 g/dl	9.2 g/dl
検査日	<u>30年10月12日</u>	<u>30年12月25日</u>
血小板数	480,000 /μl	210,000 /μl
検査日	<u>30年10月12日</u>	<u>30年12月25日</u>
HIV-RNA量	12,000 copy/ml	9,000 copy/ml

注 4週間以上の間隔において実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数【 3 個】……①

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	右欄の状況の有無
1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び疲労感が月に7日以上ある。	○・無
検査時に比し10%以上の体重減少がある。	○・無
月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2週間以上続く。	○・無
1日に3回以上の発熱ないし水様下痢が月に7日以上ある。	○・無
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。 【千葉県身体障害者認定基準】第9号ト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害1の(1)のアの」に示す日和見感染症の既往がある。	有・○
生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。	○・無
軽作業を超える作業の回避が必要である。	○・無
日常生活活動制限の数【 7 個】……②	

注

- 1 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。
- 2 「生鮮食品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「閉塞の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「顕著な薬物管理」、「入浴みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

回復不能なエイズ合併症のため不参加としての日常生活	不 能 ・ 可 能
CD4陽性リンパ球数の平均値(/μl)	14 /μl
検査所見の該当数(①)	3 個
日常生活活動制限の該当数(②)	7 個

第10 肝臓機能障害 1 略

2 障害程度の認定について

- (1) 肝臓機能障害の認定は、肝臓機能を基本とし、肝臓機能不全に基づく臨床症状、治療の状況、日常生活活動の制限の程度によって行うものである。
- (2) 肝臓機能検査、臨床症状、治療の状況と日常生活活動の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。
- (3) 患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に際しては、患者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。
- (4) 肝臓移植術を行った者の障害程度の認定は、現在の肝臓機能検査の結果にかかわらず、抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものである。
- (5) 身体障害認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれない。
- (6) 初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、Child-Pugh 分類の合計点数が7点から9点の状態である場合は、1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

第10 肝臓機能障害 1 略

2 障害程度の認定について

- (1) 肝臓機能障害の認定は、肝臓機能を基本とし、肝臓機能不全に基づく臨床症状、治療の状況、日常生活活動の制限の程度によって行うものである。
- (2) 肝臓機能検査、臨床症状、治療の状況と日常生活活動の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。
- (3) 患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に際しては、患者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。
- (4) 肝臓移植術を行った者の障害程度の認定は、現在の肝臓機能検査の結果にかかわらず、抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものである。
- (5) 身体障害認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれない。
- (6) 初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、Child-Pugh 分類の合計点数が7点から9点の状態である場合は、1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

	アルコール 非摂取	積極的 治療	2回連続 7点 以上	2回連続 <u>3項目(※)</u> <u>以上が2点</u> <u>以上</u>	該当個数
1級	○	○	○	○	5個以上
2級	○	○	○	○	3個以上 (a~g 含む)
3級	○	○	○		3個以上 (a~g 含む)
4級	○	○	○		1個以上

※3項目…肝性脳症又は腹水を含む3項目とする。

注1 すべての項目を満たす場合にそれぞれの等級に該当する。

注2 肝臓移植を行った者で抗免疫療法中の者は、上記に関わらず
1級に該当。

診断書・意見書の記載上の注意【肝臓】 略

	アルコール 非摂取	積極的 治療	2回連続 7点 以上	2回連続 <u>3点項目</u> <u>あり</u>	該当個数
1級	○	○	○	○	5個以上
2級	○	○	○	○	3個以上 (a~g 含む)
3級	○	○	○		3個以上 (a~g 含む)
4級	○	○	○		1個以上

注1 すべての項目を満たす場合にそれぞれの等級に該当する。

注2 肝臓移植を行った者で抗免疫療法中の者は、上記に関わらず
1級に該当。

診断書・意見書の記載上の注意【肝臓】 略

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	a 血清総ビリルビン値5.0mg/dl以上 検査日 <u>令和5年1月15日</u>	有・無
	b 血中アンモニア濃度150μg/dl以上 検査日 <u>令和5年1月15日</u>	有・無
	c 血小板数50,000/mm ³ 以下 検査日 <u>令和5年1月15日</u>	有・無
症状に影響する病歴	d 原発性肝がん治療の既往 確定診断日 年 月 日	有・無
	e 特発性胆管性胆管炎治療の既往 確定診断日 年 月 日	有・無
	f 胃食道静脈瘤治療の既往 確定診断日 年 月 日	有・無
	g 現在の胆管肝又は胆管炎ウイルスの持続的感染 最終確認日 年 月 日	有・無
	h 1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強いけん怠感及び骨節痛が月に7日以上ある	有・無
日常生活活動の制限	i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
	j 有重性筋けいれんが1日に1回以上ある	有・無

該当	当 價 額 数	5 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無		有・無

注 補完的な肝機能診断 (a, b, c) は、「3 肝機能診断書の重症度」の2回の検査期間内の結果とすること。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	a 血清総ビリルビン値5.0mg/dl以上 検査日 <u>平成31年1月15日</u>	有・無
	b 血中アンモニア濃度150μg/dl以上 検査日 <u>平成31年1月15日</u>	有・無
	c 血小板数50,000/mm ³ 以下 検査日 <u>平成31年1月15日</u>	有・無
症状に影響する病歴	d 原発性肝がん治療の既往 確定診断日 年 月 日	有・無
	e 特発性胆管性胆管炎治療の既往 確定診断日 年 月 日	有・無
	f 胃食道静脈瘤治療の既往 確定診断日 年 月 日	有・無
	g 現在の胆管肝又は胆管炎ウイルスの持続的感染 最終確認日 年 月 日	有・無
	h 1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強いけん怠感及び骨節痛が月に7日以上ある	有・無
日常生活活動の制限	i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
	j 有重性筋けいれんが1日に1回以上ある	有・無

該当	当 價 額 数	5 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無		有・無

注 補完的な肝機能診断 (a, b, c) は、「3 肝機能診断書の重症度」の2回の検査期間内の結果とすること。

<交付日予約における留意事項> 略

<交付日予約における留意事項> 略