様式第12号（第５条関係）

**身体障害者診断書・意見書**（　呼吸器　機能障害用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | 年 | |  | 月 |  | | 日生( | |  | ）歳 | | 男・女 |
| 住　所 | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | 障害名（部位も明記） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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む。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害固定又は障害確定（推定）　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ | 総合所見 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 将来再認定（障害程度の変化の見込み）　　　　　　　　　　　要（時期　　　　　　年　　　月）・　不 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 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 | | |  | | 年 | |  | | 月 | | |  | | 日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | 病院又は診療所の名称 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | 診療担当科名 | | | | | |  | | | | | | | | 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すること。〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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）  １　障害名欄には現在起っている障害（両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等）を記入してください。  ２　原因となった疾病・外傷名欄には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。  ３　障害区分や等級決定のため、静岡市健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合せする場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

別紙8

　呼吸器の機能障害の状況及び所見

|  |
| --- |
| （該当するものを○で囲むこと。）  １　身体計測  　　　身長　　　　　 cm　　　　 体重　　　　　 kg  ２　活動能力の程度  （１）激しい運動をした時だけ息切れがある。  （２）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。  （３）息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、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。  （４）平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。  （５）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（　　　　年　　月　　日）  （１）胸膜癒着　（無・軽度・中等度・高度）  （２）気腫化　（無・軽度・中等度・高度）  （３）線維化　（無・軽度・中等度・高度）  （４）不透明肺　（無・軽度・中等度・高度）  （５）胸郭変形　（無・軽度・中等度・高度）  （６）心・縦隔の変形　（無・軽度・中等度・高度）    ４　換気機能（　　　　年　　月　　日）  （１）予測肺活量 ．　　　L　　（実測肺活量　　　　．　　　L）  （２）1秒量 ．　　　L　　（実測努力肺活量　　．　　　L）  （３）予測肺活量１秒率　　　．　 ％　＝×100  　　（（１）については、下記の予測式を使用して算出すること。）  　肺活量予測式（L）  　　男性 0.045×身長(cm)－0.023×年齢(歳)－2.258  　　女性 0.032×身長(cm)－0.018×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（　　　　年　　月　　日）  （１）O2 分圧 ：　　　　 ．　　Torr  （２）CO2分圧 ：　　　　 ．　　Torr  （３）pH ：　 ．  （４）採血から分析までに時間を要した場合 　　　 時間 　　　 分  （５）耳だ血を用いた場合：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ６　その他の臨床所見 |