【指定医の皆様へー診断書・意見書作成にあたってのお願い(心臓機能障害18歳以上用)ー】

身体障害者手帳の認定につきましては、日頃よりご協力を賜り誠にありがとうございます。
ご理解を賜ります。

申請者にすみやかに手帳を交付するため、診断書・意見書を作成される際には本市より配布しております冊子『身体障害者障害程度等級表解説』をご参照
いただくとともに、以下の点についてもご留意の上、ご記載いただきますよう
お願いいたします。

1. 診断書・意見書 総括表について

発症からの経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を明記してください。
発生年月日が不明確な場合は推定年月日(初診日、他院通院歴)を記載して
ください。

2. 心臓の機能障害の状況及び所見について

(1) 各種検査所見(数値)について

認定の指標に用いられる「2胸部X線所見」、「3心電図所見」のみでな
く、「1臨床所見」(数値)についても必要となりますので、有無を含め必
ず記入してください。

(2) 「4活動能力の程度」について

障害程度を判断する際の指標となるため、該当項目を選択してください。
「活動能力の程度」と等級の関係は次のとおりです。

ア:非該当 イ・ウ:4級相当 エ:3級相当 オ:1級相当

(3) 「5人工ペースメーカ、人工弁移植、弁置換」について

施行されたものについては、手術年月日も記入してください。
ペースメーカ施行の場合、適応度(クラス)と運動強度(メッツ)も記
入してください。

※ペースメーカ、人工弁移植、弁置換術施行前は通常指標(心電図所
見、胸部X線所見及び活動能力の程度)での判断となります。手術見込
みで1級とすることは困難です。ご留意ください。

3. その他

- (1) 胸部X線所見・心電図所見は、最新の所見を記載してください。
- (2) 入院時など症状増悪時のご診断では症状固定と判断できず、認定でき
ない場合がありますので、定常状態でご診断をお願いいたします。
- (3) ペースメーカ植込術、弁置換術、自立支援医療(更生医療)適用対象
を除き、手術の予定がある場合は、手術後の十分な経過観察期間後に診
断してください。

【ご不明な点についてはこちらへお問い合わせください】

名古屋市身体障害者更生相談所

TEL: 052-835-3821 FAX: 052-835-3724