心臓の機能障害の状況及び所見　（１８歳以上用）

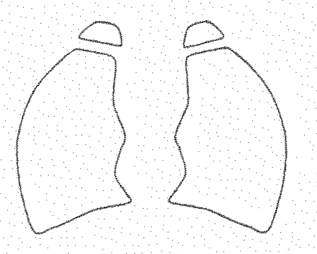
（該当するものを○で囲むこと。）

1　臨床所見

ア　動　悸　（有・無）
イ　息切れ　（有・無）
ウ　呼吸困難　（有・無）
エ　胸　痛　（有・無）
オ　血　痰　（有・無）
カ　チアノーゼ　（有・無）
キ　部分的心臓浮腫　（有・無）
ク　心拍数　＿＿＿＿
ケ　脈拍数　＿＿＿＿
コ　血　圧　｛最大　最小｝
サ　心　音　＿＿＿＿
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

（　　年　　月　　日）※



心胸比　＿＿＿＿％

3　心電図所見（　　年　　月　　日）※

ア　陳旧性心筋梗塞　（有・無）
イ　心室負荷像　（有〈右室、左室、両室〉・無）
ウ　心房負荷像　（有〈右房、左房、両房〉・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 第＿＿度・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V_1を除く）のいずれかの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　不整脈発作のあるものは発作中の心電図所見（発作年月日記載）　〔　　　〕

※検査所見は、原則として３か月以内のものであること。

4　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（手帳交付の対象外）

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、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの（部分的心臓浮腫が認められる場合は４級相当）

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（４級相当）

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必要としているもの（３級相当）

オ　安静時若しくは自己身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（１級相当）

5

ペースメーカ　※CRT-Pを含む（　有・　　年　　月　　日手術施行　・　無　）
体内植込型除細動器（ICD）　※CRT-Dを含む（　有・　　年　　月　　日手術施行　・　無　）
人工弁移植、弁置換（　有・　　年　　月　　日手術施行　・　無　）

6　ペースメーカ等の適応度　（　クラスⅠ　・　クラスⅡ　・　クラスⅢ　）

7　身体活動能力（運動強度）　（　　　　メッツ　）

※ペースメーカ等の植え込みを行った場合は、必ず記載すること。

【18歳以上の者の認定は、活動能力の程度とそれを裏付ける客観的所見（心電図所見等）により行います】（４面参照のこと）

心臓の機能障害の状況及び所見　（１８歳未満用）

（該当するものを○で囲むこと。）

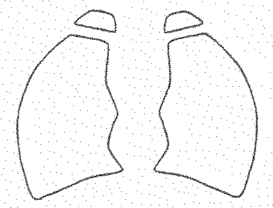
1　臨床所見

ア　著しい発育障害　（　有　・　無　）
イ　心音・心雑音の異常　（　有　・　無　）
ウ　多呼吸又は呼吸困難　（　有　・　無　）
エ　運動制限　（　有　・　無　）
オ　チアノーゼ　（　有　・　無　）
カ　肝腫大　（　有　・　無　）
キ　浮　腫　（　有　・　無　）

2　検査所見

※検査所見は、原則として３か月以内のものであること。

（１）胸部エックス線所見（　　年　　月　　日）※



ア　心胸比0.56以上　（　有　・　無　）
イ　肺血流量増又は減　（　有　・　無　）
ウ　肺静脈うっ血像　（　有　・　無　）

心胸比　＿＿＿＿％

（２）心電図所見（　　年　　月　　日）※

ア　心室負荷像　〔有（右室、左室、両室）・　無〕
イ　心房負荷像　〔有（右房、左房、両房）・　無〕
ウ　病的不整脈　〔種類　　　〕（　有　・　無　）
エ　心筋障害像　〔所見　　　〕（　有　・　無　）

（３）心エコー図、冠動脈造影所見（　　年　　月　　日）※

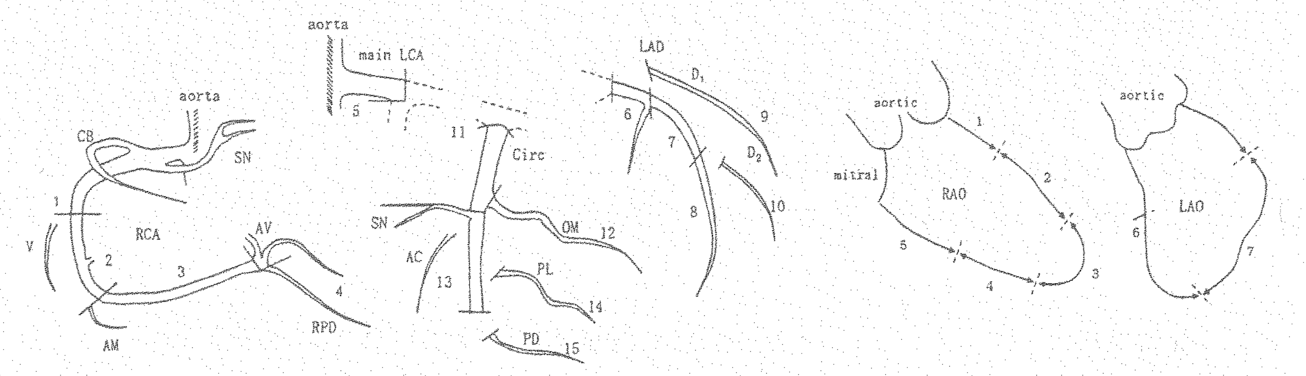
ア　冠動脈の狭窄又は閉塞　（　有　・　無　）
イ　冠動脈瘤又は拡張　（　有　・　無　）
ウ　その他

3　養護の区分

（１）６か月～１年毎の観察
（２）１か月～３か月毎の観察
（３）症状に応じて要医療
（４）継続的要医療
（５）重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの

【18歳未満の者の認定は、養護の区分とそれを裏付ける客観的所見の該当数により行います】（４面参照のこと）

冠動脈造影（ＣＡＧ）所見（　　　　年　　　月　　　日）



認定基準　　　　　　　障害程度等級表

級別	１８歳以上の者の場合	１８歳未満の者の場合
１級	ア　次のいずれか２以上の所見があり、かつ、活動能力の程度が「オ」に該当するもの a　胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの b　心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの c　心電図で脚ブロック所見があるもの d　心電図で完全房室ブロック所見があるもの e　心電図で第２度以上の不完全房室ブロック所見があるもの f　心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの g　心電図でＳＴの低下が0.2mV以上の所見があるもの h　心電図で第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が逆転した所見があるもの イ　先天性疾患(18歳未満で発症した心疾患)によりペースメーカ等を植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの ウ　ペースメーカ等を植え込み、自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの 【植 込 時】クラスⅠ、又はクラスⅡ以下かつ２メッツ未満 【再認定時】２メッツ未満	原則として、養護の区分が(５)に該当するもので、次の所見の項目のうち６項目以上が認められるもの a　著しい発育障害 b　心音・心雑音の異常 c　多呼吸又は呼吸困難 d　運動制限 e　チアノーゼ f　肝腫大 g　浮腫 h　胸部エックス線で心胸比0.56以上のもの i　胸部エックス線で肺血流量増又は減があるもの j　胸部エックス線で肺静脈うっ血像があるもの k　心電図で心室負荷像があるもの l　心電図で心房負荷像があるもの m　心電図で病的不整脈があるもの n　心電図で心筋障害像があるもの
２級	—	—
３級	ア　上記のａからｈまでのうちいずれかの所見があり、かつ、活動能力の程度が「エ」に該当するもの 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 【植 込 時】クラスⅡ以下かつ２メッツ以上４メッツ未満 【再認定時】２メッツ以上４メッツ未満	原則として、養護の区分が(４)に該当するもので、上記ａからｎまでの所見の項目のうち５項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄又は閉塞があるもの
４級	ア　次のうちいずれかの所見があり、かつ、活動能力の程度が「ウ」に該当するもの i　心電図で心房細動又は粗動所見があるもの j　心電図で期外収縮の所見が存続するもの k　心電図でＳＴの低下が0.2mV未満の所見があるもの l　運動負荷心電図でＳＴの低下が0.1mV以上の所見があるもの イ　臨床所見で部分的心臓浮腫があり、かつ、活動能力の程度が「イ」に該当するもの ウ　ペースメーカ等を植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの 【植 込 時】クラスⅡ以下かつ４メッツ以上 【再認定時】４メッツ以上	原則として、養護の区分が(３)又は(２)に該当するもので、上記ａからｎまでの所見の項目のうち４項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があるもの

参　考

○ペースメーカ等の適応度：「不整脈の非薬物治療ガイドライン(2011年改訂版)」(日本循環器学会)のエビデンスと推奨度のグレードによる。
- クラスⅠ：有益であるという根拠があり、適応であることが一般に同意されている
- クラスⅡａ：有益であるという意見が多いもの
- クラスⅡｂ：有益であるという意見が少ないもの
- クラスⅢ：有益でない又は有害であり、適応でないことで意見が一致している

○メッツ：運動時の酸素消費量が、安静時の何倍に相当するかを示す運動強度の単位。(※心臓機能障害に起因するものに限り、肢体不自由等に起因するものを含めないこと。)

例、２メッツ未満：ベッド等で安静が必要な状態
　　２メッツ以上４メッツ未満：平地歩行ができる状態
　　４メッツ以上：早歩きや坂道歩きができる状態

様式３

身体障害者診断書・意見書　（心臓機能障害用）

総括表

注意　１　原因となった疾病には、心室中隔欠損、ファロー四徴、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾病名を記入してください。
　　　２　２ページ目以降は、「18歳以上用」と「18歳未満用」とに分かれているので、該当するページのみ記入してください。

氏　名	明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生	男　・　女

住　所　京都府

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・外傷発生年月日　　　年　　月　　日　　発生場所

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。冠動脈造影を実施した場合は、４ページの図に記入すること。）

PTCA又はA-Cバイパス術施行日　　　　年　　月　　日

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（障害程度改善見込）※改善の見込みがある場合は要に〇を付し、悪化すると予想される場合には、不要に〇を付すこと。

要（再認定の時期　　　年　　　月、再認定理由　□手　術（ＰＴＣＡ・Ａ－Ｃバイパス術・外科的手術）　　年　　月　　日施行予定　□その他（　　　　　　　））・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。

　　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してください。〕

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

※　障害区分や等級決定のため、京都府又は京都府社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。

※　字は楷書ではっきりと書いてください。