

満 60 歳～64 歳の者の心臓・腎臓・呼吸器の機能の障害の程度（身体障害者手帳
1 級同等程度以上）にかかる意見書(高齢者インフルエンザ定期予防接種用)

被接種者氏名 _____ 昭和____年____月____日 生（男・女）

住民登録住所 _____ 連絡先 Tel _____

【心臓・腎臓・呼吸器の機能の障害の程度】（該当する□に医師がチェックすること）

- (1) **心臓機能障害**により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- ①次のいずれか2項目以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返シアダムストークス発作が起こるもの
- a 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの（ 年 月 日 心胸比: _____ ）
 - 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（第 _____ 度）
 - 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（ _____ mV）
 - h 心電図で第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただしV1を除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- ②ペースメーカーを植え込み、自己の身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ー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
- (2) **腎臓機能障害**により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- 腎臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの
- 〔 内因性クレアチンクリアランス値（ _____ ml/分） 血清クレアチニン濃度（ _____ mg/dl）
慢性透析療法の実施の有無（回数 _____ 回/週、期間 _____ ） 〕
- (3) **呼吸器機能障害**により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- 予測肺活量1秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。予測肺活量1秒率とは、1秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量(性別、年齢、身長 of 組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値)に対する百分率である。
- 〔 予測肺活量(_____ ml) 1秒量(_____ ml) 予測肺活量1秒率(_____ %) (年 月 日) room air・O₂ _____ ℓ
動脈血ガス O₂分圧 _____ Torr (年 月 日)
臨床所見 _____ 〕

接種医の意見

以上により、被接種者の、心臓・腎臓・呼吸器の機能の障害の程度は、身体障害者手帳1級と同程度に該当します。 令和____年____月____日

医療機関名 _____ 医師氏名 _____

医療機関住所 _____ Tel _____

予診票に添付して5年間保存