（自立支援局 様式４－５）

呼 吸 器 機 能 障 害 診 断 書

氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （満　　歳）

障害名	
原因となった疾病・外傷名等	
	分類：（・感染症　・中毒性疾患　・その他の疾病　・出生時の損傷 ・交通事故　・労働災害　・スポーツ事故 ・先天性　・その他（　　）　・不明）
発症・発生時期	昭和・平成　　年　　月　　日　（頃）
障害の経過　病歴	
障害の経過　現症・合併症の状態	
内服薬、外用薬等の使用状況	あり（内容：　　）　・　なし
酸素療法の有無	あり（　　l／min）　・　なし

主な理学的所見及び検査結果　（検査日：　　年　　月　　日）

身長	cm	体重	kg
脈拍	／min（整・不整）	血圧	／　mmHg
胸部聴診所見	・心音：　・呼吸音：　・その他：		
チアノーゼ	あり・なし	検痰	塗抹（　　），培養（　　），排痰なし
最終排菌（排菌があった場合）	年　　月　　日	赤沈値またはCRP	
動脈血ガス分析	（非酸素吸入下）pH：　，PaO_2：　，$PaCO_2$：　，HCO_3：		
胸部レントゲン所見	（心胸郭比　　%）		
心電図所見	（コピーを添付のこと）		
肺機能検査	・%肺活量：＿＿＿＿%，　・１秒率：＿＿＿＿%，　・その他：＿＿＿＿.		

上記のとおり診断する。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

（〒　　）

住　所

（TEL：　　－　　－　　）

（FAX：　　－　　－　　）

医師氏名　　印