

自立支援医療（更生医療）意見書

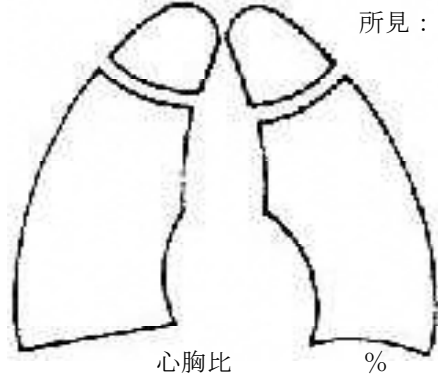
(心臓機能障害用)

氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)	住 所	
原傷病名				
現病歴	人工ペースメーカー(有・無) 人工糸嚢 嚢嚢(有・無)		現 症	

心臓の機能障害の状況及び所見（該当するものに○でかこむこと）

1、臨床所見（令和 年 月 日） 2、心部X線所見（令和 年 月 日）

- ア、心拍数（ /min. 整・不整）
- イ、脈拍数（ /min. 整・不整）
- ウ、血圧（ / mmHg）
- エ、チアノーゼ（ - ・ + ・ ++ ）
- オ、浮腫（ - ・ + ・ ++ ）
- カ、心音（ - ・ + ・ ++ ）
- キ、心雑音（ - ・ + ・ ++ ）
- ク、肺ラ音（ - ・ + ・ ++ ）
- ケ、肝腫大（ - ・ + ・ ++ ）
- コ、その他の臨床所見



所見：

サ、重い不整脈発作のある場合はその発生時の臨床症状、頻度、持続時間等

3、心電図所見（令和 年 月 日） ※心電図コピー添付

A. 安静時心電図

- ア、心室負荷像
- イ、心房負荷像
- ウ、陳旧性心筋梗塞
- エ、STの低下
- オ、第I誘導、第II誘導及び胸部誘導（但しV<sub>1</sub>を除く）のいずれかのTの逆転

カ、脚ブロック（右・左）

キ、不完全房室ブロック

ク、完全房室ブロック

ケ、心房細動

コ、期外収縮（上室性・心室性）

B. 運動負荷心電図（令和 年 月 日）

C. その他の心電図（令和 年 月 日）

4、心エコー図所見（令和 年 月 日）

心臓の機能障害を起こした年月日	令和 年 月 日
障害が永続すると判定された年月日	令和 年 月 日 (推定・確認)
手術が必要と考える理由	
医療の具体的方針	
医療の期間	入院 日間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 (術施行予定年月日 令和 年 月 日)
	通院 日間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
医療費概算額	円 医療開始の予定年月日 令和 年 月 日

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

指定自立支援医療機関の名称（電話番号）

更生医療担当医師名