

自立支援医療（更生医療）意見書

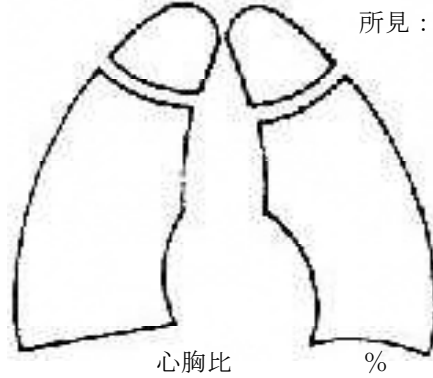
(心臓機能障害用)

|      |                             |    |
|------|-----------------------------|----|
| 氏名   | 明治・大正・昭和・平成<br>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・嚢腫(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  | 昭和・平成・令和 年 月 日  |
| 障害が永続すると判定された年月日 | 昭和・平成・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)<br>術前 級 術後 級相当<br>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