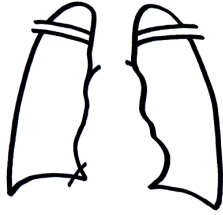


自立支援医療(更生医療)要否意見書 心臓機能障害用

1 新規 2 変更 3 再認定

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
障 害	原 病 名:		
	機能障害名:		
障 害 の 発 生 と 経 過	(1) 上記の機能障害を起こした年月日		年 月 日
	(2) 障害が永続すると判定された日		年 月 日 推定・確認
	(3) 現在までの治療経過		
	----- ----- -----		
手 術 年 月 日	年 月 日		
医療の具体的方針			
治療効果の見込み			術前の等級 級 術後の等級 級
身体の状況及び所見			
1 臨床所見 (○で囲むこと)			
ア 著しい発育障害	(有・無)	オ チアノーゼ	(有・無)
イ 心音・心雑音の異常	(有・無)	カ 肝腫大	(有・無)
ウ 多呼吸又は呼吸困難	(有・無)	キ 浮腫	(有・無)
エ 運動制限	(有・無)		
2 胸部X線所見 (○で囲むこと)		(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)		
心臓比 _____ %			
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 < 右室, 左室, 両室 > ・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 S T の低下	(有 _____ mV ・無)		
コ 第 I 誘導, 第 II 誘導及び胸部誘導 (V1 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 S T 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では発作中の心電図所見 (発作年月日 年 月 日)			

4 心エコー，冠動脈造影所見 (年 月 日)

ア 冠動脈の狭窄又は閉鎖 (有・無)

イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無)

ウ その他

5 活動能力の程度

ア 家庭内での普通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

イ 家庭内での普通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いが，それ以上の活動でも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の妨げとなるもの

ウ 家庭内で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

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

オ 安静時若しくは自己周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発作が起こるもの

6 人工ペースメーカー (有・無)

人工弁移植・弁置換術 (有・無)

7 その他の合併症

記載上の留意事項

1 自立支援医療（更生医療）要否審査の資料となりますので，手術に至った経緯を詳細に記入してください。

2 該当事項には○印，数値などを記入してください。

3 医療費は，手術費用にかかる見込み額を記入してください。

※ 指定自立支援医療機関は，自立支援医療（更生医療）意見書等の作成を，新規申請の場合を除いて無償で交付するよう定められています。

（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程第 6 条平成 18 年厚生労働省告示第 65 号）

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表 心臓機能障害用

氏名					年齢			歳
手術名								
診療見込期間	入院	自	月	日	入院外	自	月	日
		至	月	日		至	月	日
手術料	内 容			第1月	第2月	第3月	合 計	
	輸血・麻酔							
	薬剤・材料等							
投薬	院外処方(有・無)							
	薬品料							
	薬品名:							
注射	注射料							
	注射名:							
処置	術後処理等(処置時の薬剤等を含む)							
検査	X-P・CT等							
	血液検査等							
基本診療(初診・再診料)								
入院料								
その他:								
合 計							円	

上記のとおり診断しました。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

指定自立支援医療機関(更生医療)所在地
名 称

指定医師氏名 _____