

自立支援医療（更生医療）意見書

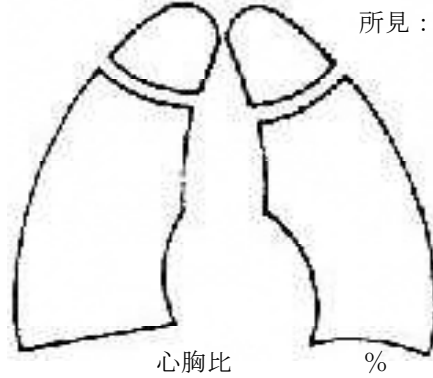
(心臓機能障害用)

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V₁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)
	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