

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) 人工弁・人工心臓 (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）

- 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

〔 〕

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）

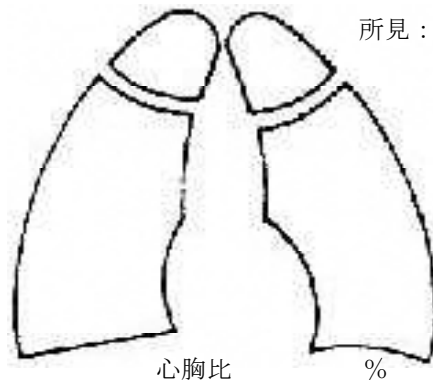
※心電図コピー添付

A. 安静時心電図

- ア、心室負荷像
 イ、心房負荷像
 ウ、陈旧性心筋梗塞
 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

B. 運動負荷心電図（令和 年 月 日）

2、心部X線所見（令和 年 月 日）



所見：

心胸比 %

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）

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		
障害が継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	術前 級	術後 級相当
	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