

自立支援医療（更生医療）意見書

(心臓機能障害用)

氏名		男 女	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) 人工弁移植、弁置換 (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 (平成 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

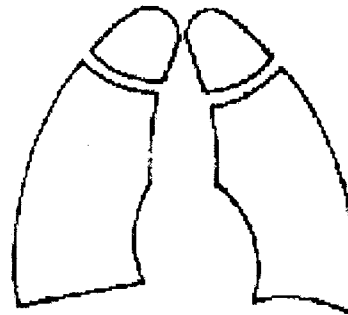
[]

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

[]

2、心部X線所見 (平成 年 月 日)

所見:



心胸比 %

3、心電図所見 (平成 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 (平成 年 月 日)

C. その他の心電図 (平成 年 月 日)

4、心エコー図所見 (平成 年 月 日)

心臓の機能障害を起こした年月日	昭和・平成	年	月	日
障害が永続すると判定された年月日	昭和・平成	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	(術施行予定年月日 平成 年 月 日)			
医療の期間	入院	日間 / 通院	日間	術前 級 術後 級相当
医療費概算額	円	医療開始の予定年月日	平成	年 月 日

上記のとおり診断する。

平成 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