

自立支援医療（更生医療）意見書（心臓機能障害）

北海道立心身障害者総合相談所

区分	新規・内容変更・期間延長		
氏名			市町村名
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）		男・女
障害名			障害等級
原傷病名			級
障害現症及び治療経過	裏面の臨床所見も記入すること。ただし、合併症等により期間延長の場合は不要。		
既手術年月日	昭和・平成 年 月 日（手術名） 昭和・平成 年 月 日（手術名）		
医療の具体的方針	手術名及び治療内容を記入すること。		
治療開始予定日及び期間	入院 通院	平成 年 月 日開始予定・ カ月間 〔手術／平成 年 月 日予定〕 平成 年 月 日開始予定・ カ月間（月 回）	
回復見込み・程度	現在の自覚・他覚症状の改善状況を記入すること。		
医療費概算額	合計 万円	手術 処置・検査・注射・投薬 入院 その他（ ）	万円 万円 万円 万円
上記の治療を要する。 記載年月日 平成 年 月 日 指定医療機関名 指定医師名			

印

1. 胸部X線所見



(平成 年 月 日)

肺野所見

心陰影所見

心臓比

%

2. 心電図所見

(1) 安静時心電図 (平成 年 月 日)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| ア 心房負荷所見 (有〈右房・左房〉無) | カ 陳旧性心筋梗塞 (有・無) |
| イ 心房細動・粗動 (有・無) | キ ST上昇 (有・無) |
| ウ 房室ブロック (有・無) | ク ST低下 (有・無) |
| エ 心室負荷所見 (有・無) | ケ T波の異常 (有・無) |
| オ 期外収縮 (有・無) | コ その他 () |

(2) 運動負荷時の心電図変化 (負荷量)

- ア ST低下または上昇 (mm) (部位)
- イ 不整脈出現 (有・無)
- 有時の内容 ()

(3) 不整脈発作または胸痛発作時の心電図所見 (平成 年 月 日)

(発作時の臨床症状、頻度、持続時間など、またあれば長時間記録心電図所見を記入すること)

3. 狭心症 (冠動脈造影時の所見、狭窄の程度等具体的に記入すること)

4. 人工ペースメーカー (有・無)

人工弁移植・弁置換 (有・無)

5. 弁膜症の程度 (弁の変性程度、逆流程度、計測していれば弁口面積等を具体的に記入すること)

6. その他参考となる所見 (心エコー検査、核医学検査、CT、MRIなど)

7. 継続分に関して (術後合併症等により術後経過が思わしくない場合は以下の所見を具体的に記入すること)

(1) 術後心機能について

(2) 他臓器合併症の状態とそれに対する治療内容について

8. 備 考