



### 自立支援医療（更生医療）内容意見書（心臓疾患用）

○で囲む。内容変更の場合は変更内容を記入する。

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ 内容変更（ ）			
フリガナ氏名	性別	生年月日	年齢
住所： 術前等級・現等級。		*最も可能性の高い原傷病名を記入する。ペースメーカー埋め込み術の場合は、「洞不全症候群」「房室ブロック」等ペースメーカー術適用の病名を記載。	
障害名：心臓機能障害 級（有・申請中）		原傷病名：	
(1) 上記の機能障害を起こした年月日： 年 月 日 推定・確認・不詳・先天性			
(2) 障害が永続すると判定された年月日： 年 月 日 推定・確認			
(3) 現在までの治療経過 *症状の経過及び診断治療（即手術など）内容や動悸、息切れ、呼吸困難、胸痛、浮腫、収縮期心雑音などについて記入する。			
医療の具体的方針	具体的な術名、治療部位や、特記すべき事項などを記入する。		
医療効果見込	*治療後における障がいの回復状況の見込みを記入する。 (例) 心臓機能が回復し、ADLが向上する。 障がい軽減または除去できる。身体機能の改善。		術後等級見込 級
手術予定日	年 月 日		
医療予定期間	入院：	年 月 日 ~	年 月 日
	通院：	年 月 日 ~	年 月 日
医療費概算額	区分	金額（円）	診療内訳（各々の内容について具体的に記入してください。）
	手術		
	投薬・注射		*医療予定期間内の概算額を記入 ・更生医療と並行して行う合併症などの治療に係る医療費については給付の対象とならないので、概算額には含めないこと。
	処置		・入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は概算額に記入しないこと。
	検査		・その他を記入する時は、詳細も記入する。
	基本診療		
	入院		
	合計	円	

\*医療予定期間を更生医療有効期間とする。有効期間は入院・通院合わせて3ヶ月まで。

心臓の機能障がいの状況及び所見

(該当するものを○でかこんでください)

1 臨床所見

ア 動悸 (有・無) \* 手術を決定した時点 の状況、数値を記入する。

イ 息切れ (有・無) \* 全項目記入 する。

ウ 呼吸困難 (有・無) \* 検査不能の場合はその旨を記入 する。

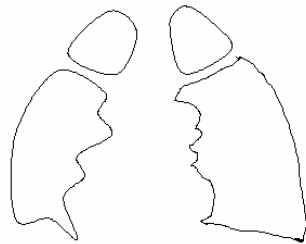
エ 胸痛 (有・無)

オ 血痰 (有・無)

カ チアノーゼ (有・無) シ その他の臨床所見

ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部X線所見 ( 年 月 日)



心胸比 ( %)

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 <右房、左房、両房> ・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 STの低下 (有 mV ・無)

コ 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(有・無)

サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)

シ その他の心電図所見

ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

(更様式2)

4 心エコー、心カテ、CT、核医学検査など所見（＊具体的に記入してください）  
 （ 年 月 日）

5 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動、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、又はこれからの活動では心不全症状、若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動、若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活、若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動、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、又は狭心症症状がおこるもの。

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がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時、若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状、若しくは狭心症症状がおこるもの、又は繰返してア

- 6 ペースメーカー（有・無）  
 人工弁移植、弁置換（有・無）  
 7 ペースメーカーの適応度（クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ）  
 8 身体活動能力（運動強度）（メッツ）

「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（2010年合同研究班報告）におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をする

＊ペースメーカー等植え込み者は必ず記入。メッツ値について、症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は、症状がより重度の状態（メッツ値が、一番低い値）を記載する。

年 月 日  
 手術予定日以前の日付であること。 指定自立支援医療機関の名称・所在地  
 主として担当する医師

障害者総合支援法第59条第1項の規定による医療機関、主として担当する医師は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師が作成者であること。

＊下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄

上記自立支援医療（更生医療）は、（ 適 当 ・ 不 適 当 ）と判定します。  
 年 月 日  
 福井県総合福祉相談所 審査医師