

(更様式2)

自立支援医療（更生医療）内容意見書（心臓疾患用）

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 男・女	生年月日 年 月 日 年齢 歳	
住 所：		電話：		
障がい名：心臓機能障害 級（有・申請中）		原傷病名：		
(1) 上記の機能障がいを起こした年月日： 年 月 日 推定・確認・不詳・先天性				
(2) 障がい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				
医療の 具体的方針				
医療効果見込			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			
	処 置			
	検 査			
	基本診療			
	入 院			
		合計	円	

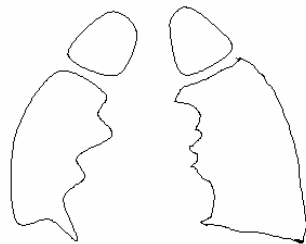
心臓の機能障がいの状況及び所見

(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)                             | キ 浮腫       | (有・無)   |
| イ 息切れ   | (有・無)                             | ク 心拍数      |         |
| ウ 呼吸困難  | (有・無)                             | ケ 脈拍数      |         |
| エ 胸痛    | (有・無)                             | コ 血圧       | (最大 最小) |
| オ 血痰    | (有・無)                             | サ 心音       |         |
| 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、若しくは自己周辺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、又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

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 ）

年 月 日

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

科

\*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