

## 自立支援医療(更生医療)意見書 (心臓機能障害)

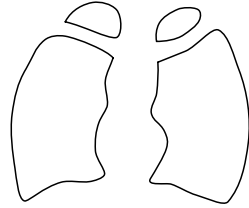
北海道立心身障害者総合相談所

区 分	新 規 ・ 内容変更 ・ 期間延長				
氏 名				市町村名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )			男 ・ 女	
障 害 名					障害 等級  級
原傷病名					
障害現症 及び 治療経過	裏面の臨床所見も記載すること。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	年 月 日 (手術名) 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載すること。				
治療開始 予定日及び期間	入 院	年 月 日 開始予定 ・			ヵ月間
	通 院	〔手術 年 月 日 予定〕			
		年 月 日 開始予定 ・			ヵ月間(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載すること。				
医療費概算額	合計	手 術			万円
		処置、検査、注射、投薬			万円
		入 院			万円
		万円 その他( )			万円
上記の治療を要する。 記 載 年 月 日 年 月 日					
指定医療機関名					
指 定 医 師 名					

臨床所見

( 検査年月日 年 月 日 )

1 胸部X線所見



( 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 ( 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 ( 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載すること)

3 狭心症

(冠動脈造影時の所見、狭窄の程度等具体的に記載すること)

- 4 人工ペースメーカー ( 有 ・ 無 )
- 人工弁移植・弁置換 ( 有 ・ 無 )
- 体内植込み(埋込)型除細動植込み(埋込)術 ( 有 ・ 無 )
- 両心室同期型ペースメーカー兼除細動器 ( 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載すること)

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載すること)

- (1) 術後心機能について
- (2) 多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