

更生医療要否意見書（心臓機能障害）

氏 名		生年月日	年 月 日生		
現 住 所			健康保険の種類 記 号 番 号		
原 傷 病 名					
現 症	(具体的に記載してください)				
医 療 の 具体的方針	(術名等)	治療 効果 見込	術前	級 (申請中 級)	
			術後	級	
医療費概算額	金 額 (円)		手術 日 年 月 日 入院予定期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 か月		
手 術					
投 薬 注 射					
処 置					
検 査					
基 本 診 療					
入 院					
そ の 他					
合 計					
総合意見 (軽減される 障害等)					
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関 所在地 名 称 主として担当する医師 (5 9 条 届 出 医 師) (記 名 押 印 又 は 署 名)					

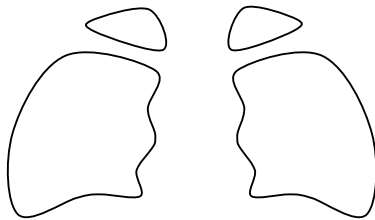
○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）

(該当するものを○でかこむこと)

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 | 上肢 (最大 最小)
下肢 (最大 最小) |
| オ 血痰 | (有・無) | サ 他所見 | |
| カ チアノーゼ | (有・無) | | |

2 胸部X線所見 (年 月 日)



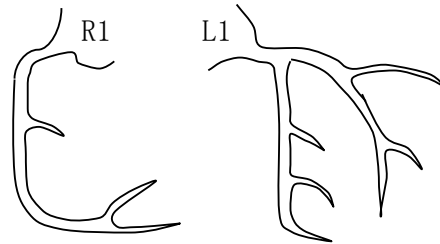
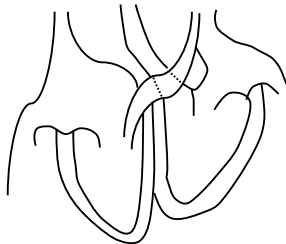
C T R

他所見

3 心電図所見 (年 月 日)

- ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
- イ 脚ブロック (有・無)
- ウ 完全房室ブロック (有・無)
- エ 不完全房室ブロック (有第 度・無)
- オ 心房細動 (粗動) (有・無)
- カ 期外収縮 (有・無)
- キ S T の低下 (有第 mV ・無)
- ク 第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導 (但しV を除く) のいずれかのTの逆転 (有・無)
- ケ 運動負荷心電図におけるS T の0.1mV 以上の低下 (有・無)
- コ その他の心電図所見
- サ 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見 (例えば年月日)

4 心血管造影及び心カテ所見 (年 月 日)



5 心エコー所見

6 心内膜の病変 (有・無)

7 心の中の病変 (有・無)

方針変更
更生医療 意見書（心臓機能障害）
再 認 定

氏 名		生年月日	年 月 日生
現 住 所			
原 傷 病 名			
現 症	(具体的に記載してください)		
前回承認した 更 生 医 療	(術名等)	適用 自： 年 月 日	か月
		期間 至： 年 月 日	
変更事項 及び 変更理由	(具体的かつ詳細に記載してください)		
医療費概算額	金 額 (円)	手術 日 年 月 日 入院予定期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 か月	
手 術			
投 薬 注 射			
処 置			
検 査			
基 本 診 療			
入 院			
そ の 他			
合 計			
総合意見 (軽減される 障害等)			
令和 年 月 日 指 定 自 立 支 援 医 療 機 関 所 在 地 名 称 主 と し て 担 当 す る 医 師 (5 9 条 届 出 医 師) (記 名 押 印 又 は 署 名)			

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）