

自立支援医療（更生医療）

心 臓

医 学 的 意 見（判 定）書

氏 名	明・大・昭・平	年 月 日 生	歳
-----	---------	---------	---

医 学 的 所 見

原傷病名：

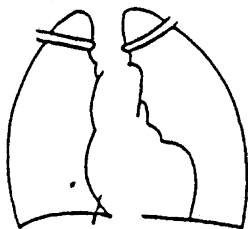
治療経過： 1) 上記の機能障害を起こした年月日 年 月 日
 2) 障害が永続すると判断した年月日 年 月 日 (推定・確認)
 3) 現在までの治療経過内容：

◇機能障害の状況及び所見

(1) 臨床所見

・心拍数_____・脈拍数_____・血 圧 (最大_____, 最小_____) ・心 音_____
 ・その他の臨床所見

(2) 胸部X線所見 (年 月 日)



・心 胸 係 数 _____ %

(3) 心電図所見 (年 月 日)

- ・陳旧性心筋梗塞 [有・無]
- ・完全房室ブロック [有・無]
- ・心房細動（粗動） [有・無]
- ・期外収縮..... [有・無]
- ・第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV₁を除く）のいずれかのTの逆転..... [有・無]
- ・運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下..... [有・無]
- ・脚ブロック..... [有・無]
- ・不完全房室ブロック [有・無]
- ・STの低下..... [有_____mV・無]

(4) 活動能力の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）

- 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り返し、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。
- オ. 安静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ダムスストークス発作がおこるもの。

(5) その他の障害

◇今後の医療

1. 機能回復の見込み

2. 医療の具体的方針（手術名等）

3. 医療費概算内訳 ◎医療開始予定日 令和 年 月 日

要治療日数	要入院： 日間	要通院： 日間	合計： 日間
① 初診・再診	点	⑦ 入院	点
② 投薬	点	⑧ その他	点
③ 注射	点		
④ 手術・処置・麻酔	点		
⑤ 検査	点	健保点数合計	点
⑥ レントゲン	点	合計点数×10	円

令和 年 月 日

診察結果による医学的所見は上記のとおりです。 医療機関名：

電話： () -

医師名：

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

《医学判定》

令和 年 月 日

自立支援医療（更生医療）が必要であると〔認めます ・ 認めません〕。

神戸市障害者更生相談所 医師名

印