

自立支援医療(更生医療)意見書

心

氏 名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	
経 過 等	治 療 経 過							
	自立支援医療が必要となる障害の状況 ※1	1. 手帳申請と同時の場合：別添「身体障害者手帳診断書・意見書」のとおり ※裏面記載不要 2. 手帳申請時と比較して変化のある場合：裏面に記載のとおり (「身体障害者手帳診断書・意見書」を添付のうえ、変化のある部分のみ裏面に記載して下さい。)						
医療の具体的方針 ※2					効果見込み ※3			
医 療 費 概 算 内 訳 等	自立支援医療適用期間	入院	年	月	日～	年	月	日
	医療費概算額	健保点数	点		金額	円		
	①初・再診	点	⑦()		点			
	②投薬・注射	点	⑧入院		点			
	③処置	点	⑨小 計		点			
	④手術	点	⑨×10		円			
	⑤検査(レントゲンを含む)	点	⑩その他()		円			
⑥()	点	合 計(⑨+⑩)		円				
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関の名称 医師氏名(意見書作成医師) 印 医師氏名(指定医療機関届出主として担当する医師) 印								

※1 「自立支援医療が必要となる障害の状況」欄は、「身体障害者手帳診断書・意見書」を同時に申請されている場合は、裏面記載不要です。

障害の状況が手帳申請時と比べて変化している場合は、現在の状況を記載願います。「身体障害者手帳診断書」のない場合は裏面の記載漏れがないようにお願いします。

※2 「医療の具体的方針」欄は、必要な手術名、手術月日、術後の治療内容等を記載してください。

※3 「効果見込み」については、「障害軽減」、「身体機能の改善」、「身体機能の代償」等記載して下さい。

(裏面へ続く)

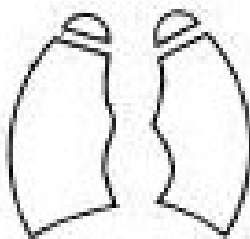
《裏面》心臓機能障害用

(1) 臨床所見

動悸（有・無） 息切れ（有・無） 呼吸困難（有・無）
胸痛（有・無） 血痰（有・無） チアノーゼ（有・無）
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

浮腫（有・無） 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）



心胸比 %

(3) 心電図所見（ 年 月 日）

陳旧性心筋梗塞（有・無） 心室負荷像（有 <右室、左室、両室>・無）
心房負荷像（有 <右房、左房、両房>・無） 脚ブロック（有・無）
完全房室ブロック（有・無） 不完全房室ブロック（有 第 度・無）
心房細動（粗動）（有・無） 期外収縮（有・無） STの低下（有 mV・無）
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）
運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下（有・無）
その他の心電図所見

(4) 活動能力の程度（該当するものを選んでどれか一つを○で囲んで下さい。）

- ア 家庭内での普通の日常生活活動も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のないもの又はこれらの活動では心不全症状もしくは狭心症症状が起こらないもの。
- イ 家庭内での普通の日常生活活動も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、日常生活も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起こるもの。
- エ 家庭内での普通の日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では、心不全症状もしくは狭心症症状が起こるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返し必要としているもの。
- オ 安静時又は自己身の日常活動でも心不全症状もしくは狭心症症状が起こるもの、又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの。

(5) 人工ペースメーカー （有・無） 人工弁移植、弁置換 （有・無）