

自立支援医療〔更生医療〕意見書（循環器）

受付番号 内		受付日 平成 年 月 日	
フリガナ		男・女	身体 障害者 手帳
氏名			
明・大・昭・平 年 月 日生 歳		有 申請中 障害等級 種 級 交付日 年 月 日 手帳番号 県第 号	
居住地		障害名 による心臓機能障害	
病名			
現症および既往症			
臨床所見			
動悸（有・無） 息切れ（有・無） 呼吸困難（有・無） 胸痛（有・無） チアノーゼ（有・無） 浮腫（有・無） 血圧 / mmHg 心拍数 _____ 脈拍数 _____ 心音 _____			
胸部 エック ス線 写真 所見	心胸比 % 	心 電 図 所 見	陳旧性心筋梗塞 （有・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・無） 心房細動（粗動） （有・無） 期外収縮 （有・無） STの低下 （有 mV・無） 第Ⅰ第Ⅱ誘導及び胸部誘導（V ₁ を除く）のいずれかのT波逆転 （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（ ）
	（撮影日 平成 年 月 日）		（検査日 平成 年 月 日）
活 動 能 力 の 程 度	該当するもの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 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又は狭心症症状がおこるもの オ.安静時または自己周辺の日常生活活動でも心不全症状又は狭心症症状がおこるもの		

