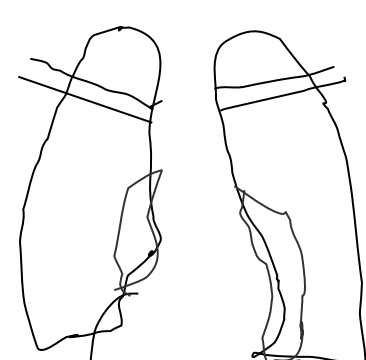


記入例 自立支援医療〔更生医療〕意見書（循環器）

受付番号 内 _____		受付日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 実施場所 三重県障害者相談センター _____	
フリガナ	シンソウ タロウ	性別	_____
氏名	身相 太郎	身体障害者手帳	_____
生年月日	明・大・昭平20年1月1日生	障害等級	1種 _____ 級
居住地	津市一身田大古曾××町△番地	交付日	24年3月23日
病名	狭心症、陳旧性心筋梗塞	手帳番号	三重県第×××××××号
現症および既往症	H14～DMにて内服中 H15.6.胃潰瘍 H24 3月より狭心症にて治療を継続していたが、5月に冠動脈バイパス術を行う。	障害名	狭心症
臨床所見	動悸 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 息切れ (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 胸痛 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) チアノーゼ (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 浮腫 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 血圧 162/60 mmHg 心拍数 66	手帳の有無及び、手帳内容の記入漏れ及び間違いがないかを確認。	
胸部エックス線写真所見	心胸比 51 % 	陳旧性完全房室ブロック (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 不完全房室ブロック (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 心房細動 (粗動) (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 期外収縮 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) STの低下 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) mV 第I第II誘導及び胸部誘導れかのT波逆転 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 運動負荷心電図におけるST (有・ <input checked="" type="radio"/> 無)	生年月日及び年齢が正しく記入されているか確認。 住所が正しく記入されているか確認。 病名の記入がされているか。 臨床所見に記入漏れがないか確認。全ての項目の記入必須。 エックス線及び心電図所見に記入漏れがないかを確認。
	(撮影日 平成 24年5月7日)	(検査日 平成 24年5月7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 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がなく、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、それ以上の活動は著しく制限されるもの オ.安静時または日常生活活動時において、心不全症状又は狭心症症状がおこるもの	更生医療開始前の直近のデータであることを確認。 更生医療開始前の直近のデータであることを確認。	居住地・氏名・フリガナ・性別・生年月日・手帳の内容については、判定依頼書の内容と相違がないかを確認して下さい。相違ある場合は、正しい情報にエンピツ等で修正してから提出して下さい。

医療の具体的方針 該当するもの1つを○で囲んでください。

手術を必要とする場合
術式の記入が必要

- ア. 永久ペースメーカー
- イ. ペースメーカー電池交換
- ウ. 冠動脈バイパス術
- エ. 冠動脈バイパス術 僧帽弁 (キ. 置換術
- オ. 中隔欠損閉鎖術
- カ. メイヘン術
- ク. 形成術
- ケ. 置換術または形成術
- コ. 置換術
- サ. 形成術
- シ. 置換術または形成術
- ク. 置換術
- セ. 形成術
- ソ. 置換術または形成術
- タ. その他

※医師の記入が必要

医療所見 (本医療の効果・必要性) ※必ず記入してください (具体的に)。

重度の冠動脈病変を認め、バイパス手術適応と考える

※更生医療適用期間

として扱われる。

3ヶ月以内であること。

治療期間 令和2年5月21日 ~ 令和2年8月20日
 (入院 5月21日 ~ 6月20日)
 (手術 5月23日)
 (通院 6月21日 ~ 8月20日)

概算額	手術	3,000,000	円
	投薬注射	300,000	
	処置	400,000	
	検査	400,000	
	基本診療		円
	入院	800,000	
	通院	100,000	
	その他	100,000	
	計	5,100,000	円

全期間中の内訳の記入が必要

金額の合計が正しいことを確認

上記のとおり診断します。

令和 2年 5月 14日

更生医療開始以前の日付であることを確認

医療機関所在地 三重県津市一身田〇〇町△△-××

医療機関名 身体クリニック

更生医療指定医療機関であることを確認

医師氏名 更生 指定子

自立支援法第59条による指定自立支援医療機関の医師が記入してください。

主たる医師名であること。

※太枠内は身体障害者更生相談所にて記入

総合判定	自立支援医療〔更生医療〕 適・否	
	否の理由	

更生相談所の判定医が記入するので、未記入であることを確認

※治療期間について

本例の場合、8月21日までは認められないので注意。治療開始日を含めて3ヶ月とする。

※手術の方針が決まる前から内科的治療のために入院していた場合は、手術の方針が決定した日以降 (診断日以降) の入院からの適用となる。

※医療所見について

医師の記入が必要であるとともに、医療の効果及び必要性について記入されていないといけない。