

# 補 装 具 意 見 書 ( 循 環 器 )

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>受付番号 肢</b> _____         </div>		受付日 平成      年      月      日	
フリガナ		身 体 障 害 者 手 帳	有      無      申請中 障害等級      種      級 交付日      年      月      日 手帳番号      県第      号 障害名  <div style="text-align: right;">による心臓機能障害</div>
氏 名	男・女		
明・大・昭・平      年      月      日生      歳			
居住地			
<b>病名</b> <small>※身体障害者手帳を有しない難病患者等の場合、障害者総合支援法施行令に規定する疾病名を記載して下さい。</small>			
<b>現症および既往症</b>  <small>難病患者等であって、難病等の症状に変化や進行がある場合は、その具体的な状況を記載して下さい。(症状が変化する場合は、「症状がより重度な状態」と「症状がより軽度の状態」でどのように変化するのか、「どのくらいの時間・期間」で変化するのか等、具体的に記載して下さい。また、症状が進行する場合は、「どのくらいの期間」で「どのような状態」になることが想定されるか等、具体的に記載して下さい。)</small>			
<b>臨床所見</b> 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 <sub>1</sub> 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		

補装具の名称と型式

日常生活動作（ADL）及び介護者の状況

社会参加の状況

歩行能力の程度（歩行距離）

補装具の必要性・効果 **※必ず記入してください（具体的に）。**

上記のとおり意見します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

身体障害者福祉法第15条第1項（身体障害者手帳）に基づく指定医（障害分野：心臓機能障害）が記入して下さい（連名可）。  
また、難病患者等については、難病医療拠点病院又は難病協力医療機関の医師による記入も可（連名可）。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定		補装具 要・否	
		否の理由	
平成 年 月 日		三重県障害者相談支援センター	
		医師氏名	印