

(様式第2号の2)

自立支援医療(更生医療)意見書(心臓機能障害用)

申請の区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 再認定 <input type="checkbox"/> 3 変更		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名	<input type="checkbox"/> 1 [<input type="checkbox"/> 大動脈弁 <input type="checkbox"/> 僧帽弁 <input type="checkbox"/> 三尖弁] [<input type="checkbox"/> 閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 狭窄症]		
	<input type="checkbox"/> 2 [<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上行 <input type="checkbox"/> 弓部] 大動脈瘤		
	<input type="checkbox"/> 3 [<input type="checkbox"/> 心房 <input type="checkbox"/> 心室] [<input type="checkbox"/> 細動 <input type="checkbox"/> 頻拍 <input type="checkbox"/> 中隔欠損症]		
	<input type="checkbox"/> 4 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 5 狭心症 <input type="checkbox"/> 6 房室ブロック <input type="checkbox"/> 7 大動脈解離		
	<input type="checkbox"/> 8 その他()		
治療経過及び障害の現症	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容や動悸、息切れ、呼吸困難、胸痛、浮腫、収縮期心雑音等について記載すること】		
	胸部X線所見	心胸郭比	% (年 月 日 撮影)
医療の具体的方針	手術の内容	<input type="checkbox"/> 1 弁置換術 [<input type="checkbox"/> 大動脈弁 <input type="checkbox"/> 僧帽弁 <input type="checkbox"/> 三尖弁] [<input type="checkbox"/> 生体弁 <input type="checkbox"/> 機械弁]	
		<input type="checkbox"/> 2 弁形成・弁輪縫縮術 [<input type="checkbox"/> 大動脈弁 <input type="checkbox"/> 僧帽弁 <input type="checkbox"/> 三尖弁]	
		<input type="checkbox"/> 3 経皮的冠動脈形成術 [<input type="checkbox"/> POBA <input type="checkbox"/> スtent留置 <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> ロータブレータ]	
		<input type="checkbox"/> 4 冠動脈バイパス術 [<input type="checkbox"/> 心拍動下 <input type="checkbox"/> 体外循環下]	
		<input type="checkbox"/> 5 ペースメーカー移植術 [<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 交換]	
		<input type="checkbox"/> 6 植込型除細動器(ICD)移植術 [<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 交換] <input type="checkbox"/> 7 メイズ手術	
		<input type="checkbox"/> 8 人工血管置換術 [<input type="checkbox"/> 上行大動脈 <input type="checkbox"/> 弓部大動脈] <input type="checkbox"/> 9 大動脈基部置換術	
		<input type="checkbox"/> 10 中隔欠損孔閉鎖術 [<input type="checkbox"/> 心房 <input type="checkbox"/> 心室]	
		<input type="checkbox"/> 11 その他 ()	
		【対象部位、治療内容等特記すべき事項があれば記入すること】	
治療の形態	<input type="checkbox"/> 1 入院 <input type="checkbox"/> 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) 〔 入院の主たる治療目的 〕 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額 (円)	項目	内容	1か月目	2か月目	3か月目	合計	
	入院(再診)料		円	円	円	0円	
	手術料		円	円	円	0円	
	投薬	内服薬	剤	円	円	円	0円
			日分	円	円	円	0円
	院外処方 □1有 □2無		回	円	円	円	0円
			回	円	円	円	0円
	注射		回	円	円	円	0円
	処置	内容	円	円	円	0円	
	検査	内容	円	円	円	0円	
	画像診断	内容	円	円	円	0円	
	医学管理	内容	円	円	円	0円	
	その他	内容	円	円	円	0円	
内容		円	円	円	0円		
内容		円	円	円	0円		
合計		0円	0円	0円	0円		

※1 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。(食事療養の費用を除く。)

※2 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所在地

電話番号 ()

診療科

主として担当する医師名(指定医師)

印

(氏名を自署する場合は、押印不要とする。)

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印 (氏名を自署する場合は、押印不要とする。)
審 査 年 月 日	年 月 日