

(様式第2号の2)

自立支援医療(更生医療)意見書(心臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規	2 再認定	3 変更				
氏名		男女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生
住所							
原傷病名							
※ 身体障害者手帳と同時申請の場合で、手帳の診断書の写しを添付すれば、治療経過と現症の欄は記載不要。							
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容					
現症	臨床所見	【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	心胸係数	%				
	心電図所見						
医療の具体的方針	1 手術 2 術後の管理 3 抗凝固療法						
	手術の内容	<input type="checkbox"/> 弁置換術 < 大動脈弁 僧帽弁 三尖弁 > < 生体弁 機械弁 > <input type="checkbox"/> 弁形成・弁輪縫縮術 < 大動脈弁 僧帽弁 三尖弁 > <input type="checkbox"/> 経皮的冠動脈形成術 < POBA スtent植え込み DCA ロータブレード > <input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス術 < 心拍動下・体外循環下 > <input type="checkbox"/> ペースメーカー植え込み術 < 新規 ジェネレーター交換 > <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD)植え込み術 <input type="checkbox"/> メイズ手術 <input type="checkbox"/> 人工血管置換術 < 上行大動脈 大動脈弓部 > <input type="checkbox"/> 大動脈基部置換術 <input type="checkbox"/> 中隔欠損孔閉鎖術 < 心房・心室 > <input type="checkbox"/> その他 ( )					
		【治療内容・方針等を具体的に記入すること】					
治療の形態		1 入院	2 通院(月回)	手術予定日	年	月	日
治療予定期間	年	月	日から	日間(	か月)		
治療効果見込み	【治療後における障がいの回復状況の見込み】						

裏面へ続く

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他				
	合 計				
	※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。（食事療養の費用を除く。） 老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。				

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日
再 審 査 結 果	1 適 当      2 不 適 当
	【不適當の理由】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日



医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計	
	入院（再診）料	通院の場合、院外処方の有無に○を記入。				
	手術料					
	投薬料 (院外処方:有・無)					
	注射料					
	処置料					
	検査料					
	画像診断料					
	リハビリテーション					
	その他					
	合計					
	※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)           老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。					

食事療養費は除く。  
\*概算額記入

上記のとおり診断します。治療予定期間の開始日以前の日付を記入。

平成○年 ○月 ○日

指定自立支援医療機関名 ○ ○ 病院  
所在地 ○○市○○町○○  
電話番号 ( )  
担当医師名 ○ ○ ○ ○ 印

更生医療の承認医師であること。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意！)

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審査欄	
審査結果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査 【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日
再審査結果	1 適 当    2 不 適 当 【不適當の理由】
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日