

介助用車椅子・電動車椅子 補装具費支給意見書（心臓機能障害者用）

氏名	男 女	生年月日	年 月 日生
現在までの 治療内容	〔ペースメーカー（有・無）、人工弁（有・無）〕		
臨床所見			
心電図・ X線所見 (令和 年 月 日)	ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無) 心胸率 % イ 脚ブロック (有・無) ウ 完全房室ブロック (有・無) エ 不完全房室ブロック (有 第 度・ 無) オ 心房細動（粗動） (有・無) カ STの低下 (有 mV・無) キ 第Ⅰ誘導・第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV ₁ を除く。） のいずれかのT波の逆転 (有・無)		
活動能力の 程 度	ア 家庭での普通の活動では何でもないが、それ以上の活動では心不全（狭心症）症状が起こる。 イ 家庭内での極めて温和な活動では何でもないが、それ以上の活動では心不全（狭心症）症状が起こる。 ウ 自己の身の動作でも心不全（狭心症）症状が起こる。 エ 安静時でも心不全（狭心症）症状が起こる。		
意見	手押し型車椅子・電動車椅子の使用は、（適当・不適當）である。		
以上のとおり意見する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> その他()			