

※ この用紙は、既に心臓機能障害で身体障害者手帳を所持している方が、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請されるときにのみお使いください。

※ 身体障害者手帳と同時申請の方はこの用紙は不要です。

自立支援医療（更生医療用）診断書

(更生医療用) 診断書作成年月日		年 月 日	
診断医	病院（診療所）の名称及び所在地		
	診療科名	医師氏名	
受診者	居住地	区 町	丁目 番号
	東京都	市 郡 村	方
氏名	年 月 日生(歳)		
1 傷病名及び障害名			
2 現症 病歴を含む			

見開きでご使用ください

心臓機能障害の状況及び所見（更生医療用）

心電図所見（ 年 月 日）

- ア. 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
- イ. 心室負荷像 (有<右室、左室、両室>・無)
- ウ. 心房負荷像 (有<右房、左房、両房>・無)
- エ. 脚ブロック (有・無)
- オ. 完全房室ブロック (有・無)
- カ. 不完全房室ブロック (有第 度・無)
- キ. 心房細動（粗動） (有・無)
- ク. 期外収縮 (有・無)
- ケ. STの低下 (有 mV・無)
- コ. 第一誘導、第二誘導及び胸部誘導（ただし、V1除く）のいずれかのTの逆転 (有・無)
- サ. 心肥大（右、左、両室）

胸部エックス線所見（ 年 月 日）

