様式６－２　　補装具費支給についての意見書

（心臓機能障害用）（車椅子手押し型・電動車椅子）

<table>
<tr><td>氏名</td><td colspan="4"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="4">医学的所見</td><td>手帳</td><td>（交付　年　月　日）</td><td>障害名</td><td></td><td>原疾病名</td><td colspan="2">（発生　年　月　日）</td></tr>
<tr><td>経過</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>現症</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>心電図所見</td><td colspan="6">（　年　月　日現在の状況）
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Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導〈但しＶ１を除く〉のいずれかのＴ逆転（　有・　無　）
サ　運動負荷心電図における ST の 0.1mV 以上の低下
シ　その他の心電図所見（　）
ス　不整脈のある者では発作中の心電図所見〈発作年月日記載〉
〈　〉</td></tr>
<tr><td colspan="2">投薬内容</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">必要な補装具名・型式</td><td></td><td>使用場所</td><td></td><td>補装具を使用しなかった場合に想定される影響</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり診断する。
年　月　日
医療機関名
医　師　名</td></tr>
</table>

〈意見書作成にあたってのお願い〉

この意見書は、心臓機能障害のある方が、車椅子手押し型及び電動車椅子を必要とされる場合に記載していただくものです。

対象の方は、車椅子によらなければ身体に悪影響を及ぼすなど歩行機能を代償できないと認められる場合となります。

なお、介護保険制度で車椅子をレンタルできる場合など他制度が利用できる方は、他制度が優先となります。