

身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (歳)	男・女
住所					
① 障害名(部位を明記)					
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他()			
③ 疾病・外傷発生日		年	月	日	場所
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)					
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日					
⑤ 総合所見					
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]					
⑥ その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。					
年 月 日					
病院又は診療所の名称					
所在地					
診療担当科名 科 医師氏名 印					
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に					
・該当する (級相当) ・該当しない					
注 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。					
2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。					
3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。					

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日（第1回）		検査日（第2回）	
	年	月 日	年	月 日
	状況	点数	状況	点数
肝性脳症	なし・I・II・ III・IV・V		なし・I・II・ III・IV・V	
腹水	なし・軽度・ 中程度以上		なし・軽度・ 中程度以上	
	おおむね	0	おおむね	0
血清アルブミン値		g/dℓ		g/dℓ
プロトロンビン時間		%		%
血清総ビリルビン値		mg/dℓ		mg/dℓ

合計点数	点	点
(○で囲む。)	5～6点 ・ 7～9点 ・ 10点以上	5～6点 ・ 7～9点 ・ 10点以上
肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上における2点以上の有無	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 「点数」の欄には、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

(Child-Pugh分類)

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8～3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40～70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0～3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注1 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム(1981年)による。

注2 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重がおおむね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によつてコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない。	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施している。	○ ・ ×	○ ・ ×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ 無		

注 肝臓移植を行った者で、抗免疫療法を実施しているものについては、1、2及び4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ 無	
	検査日	年 月 日		
	補完的な肝機能診断	血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上		有 ・ 無
		検査日	年 月 日	
	補完的な肝機能診断	血小板数50,000/mm ³ 以下		有 ・ 無
		検査日	年 月 日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ 無	
	確定診断日	年 月 日		
	突発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ 無	
	確定診断日	年 月 日		
	胃食道静脈瘤 ^{りゅう} 治療の既往		有 ・ 無	
	確定診断日	年 月 日		
	現在のB型肝炎又はC型肝炎のウイルスの持続的感染		有 ・ 無	
最終確認日	年 月 日			
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床 ^{びょう} を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある。		有 ・ 無	
	1日に2回以上の嘔吐 ^{おう} あるいは30分以上のはき気が月に7日以上ある。		有 ・ 無	
	有痛性筋けいれんが1日1回以上ある。		有 ・ 無	

該当個数	個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	有 ・ 無