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・外傷発生年月日　　　　　　　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　 ℓ | | | おおむね 　 ℓ | | | | |
| 血清アルブミン値 | | g/㎗ | | |  | | g/㎗ | | | | |  | |
| プロトロンビン時間 | | % | | |  | | % | | | | |  | |
| 血清総ビリルビン値 | | mg/㎗ | | |  | | mg/㎗ | | | | |  | |
|  | |  | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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日以内の間隔を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/㎗超 | | | 2.8～3.5g/㎗ | | | 2.8g/㎗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/㎗未満 | | | 2.0～3.0mg/㎗ | | | 3.0mg/㎗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/㎗以上 | | | | | | | | | | 有　・　無 | |  | |
| 検査日 | | | 年 　　 月　 　日 | | | | | | |
| 血中アンモニア濃度150㎍/㎗以上 | | | | | | | | | | 有　・　無 | |
| 検査日 | | | 年 　　 月　 　日 | | | | | | |
| 血小板数50,000/㎣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 | |
|  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |