

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、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			
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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」（様式第2号 別紙2（その2））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
	状態	点数	状態	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 概ね ℓ		なし・軽度・中程度以上 概ね ℓ			
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
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間又は血清総ビリルビン値)	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・検査結果を記載すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<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	2.0 mg/dℓ未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ超

注3 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4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減及び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、小児等で体重がおおむね40kg以下のものについては、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によっ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	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性がある積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

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 肝臓移植を実施した者であって、抗免疫療法を実施しているものは、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及び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 5.0 mg/dℓ以上	有 ・ 無
	検査日	年 月 日
	血中アンモニア濃度 150 μg/dℓ以上	有 ・ 無
補完的な肝機能診断	検査日	年 月 日
	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
	特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
日常生活活動の制限	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染	有 ・ 無
	最終確認日	年 月 日
	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
日常生活活動の制限	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある	有 ・ 無

補完的な肝機能診断等の該当数	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

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。