

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			
障害名（部位を明記）			
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（ ）		
疾病、外傷発生年月日	年 月 日・場所		
参考となる経過及び現症（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
総合所見			
〔将来再認定 要（重度化・軽減化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕			
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します。 年 月 日			
病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名	電 話 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のこと。）			
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 総合所見には、将来の再認定の必要性、必要な場合はその理由（障害が重度化する可能性があるのか、軽減する可能性があるのか）及び再認定を行うべき時期を必ず記入してください。			
3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記述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・ ・		なし・ ・	
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、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 (・)	昏睡 (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、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね 10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね 40 kg 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	・ x	・ x
改善の可能性のある積極的治療を実施	・ x	・ x

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5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、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 5.0 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
	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	
	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	
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

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